

Unimed

Três Corações

PROGRAMA GED

OFICINA DE DIGITALIZAÇÃO

UNIMED TRÊS CORAÇÕES

DOCUMENTO INDIVIDUAL

CODIGO DO
CONTRATANTE

1

CODIGO DO
CONTRATANTE

0234006800

NOME DO
CONTRATANTEIN - HAUS SERVIÇOS INDUSTRIAIS E
LOGISTICA LTDA

CNPJ / CPF

08409251000136

DATA DO DOCUMENTO

01/07/2020

COMPLEMENTO

TERMO DE ADESAO E
RESPONSABILIDADE
CONTRATAÇÃO

GAVETA DO ARQUIVO

234 0068 00

IN-HAUS SERVICOS
INDUSTRIAIS E
LOGISTICA LTDA

Pré-Pagamento

ROTINA PARA CADASTRAR UM CONTRATO (CHECKLIST)

Nome contratante: IN-HAUS SERVICOS INDUSTRIAIS E LOGISTICA LTDA

Código do contrato: 234006800

- 1) Conferi as modalidades (abrang., acomodação, valores...), documentação e assinaturas ambas as partes, em todas as vias.
- 2) No sistema CARDIO, iniciar com o cadastro da pessoa contratante (cnpj, nome da empresa, endereço, telefone, e-mail, contato).
- 3) Modelo de contrato.
- 4) Contrato financeiro.
- 5) Cadastrar o contrato.
- 6) Módulo operadora (rede referenciada, cartão de identificação, cobertura, cidades de atuação).
- 7) Negociação de movimentação cadastral (aba validade do cartão).
- 8) Negociação financeira.
- 9) Negociação tipo de glosa.
- 10) Negociação de aquisição de módulo (se o contrato for pré pagamento, cadastrar o seguro FRPC).
- 11) Se pré pagamento, negociação de módulo acessório.
- 12) Tabela de negociação pré pagamento (formação de preços), verificar se os valores são por faixa etária ou per capta.
- 13) Passar o contrato para o faturamento (Luciana), fazer as negociações pós pagamento (taxa administrativa, coparticipação, valor teto, franquia internacional...)
- 14) Iniciar o cadastro de beneficiários.
- 15) Gerar e emitir os cartões.
- 16) Fazer a fatura e conferir os valores, emitir dentro do mês de vencimento.
- 17) Fazer as anotações nas planilhas de relação de empresas e tabela de reajuste.
- 18) Enviar informação do novo contrato para todos os setores interessados.
- 19) Por fim, pedir para fazer a digitalização e arquivo.



www.unimedtrsc.coop.br
 Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
 37410-083 Três Corações - MG
 T. (35) 3239-6000

TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE

CONTRATO Nº _____

CONTRATADA	UNIMED TRÊS CORAÇÕES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO localizada na cidade de Três Corações, no Estado de Minas Gerais, à Av. Dr. Moacir Rezende, nº 358 – bairro Centro, devidamente inscrita no Ministério da Fazenda sob o CNPJ Nº: 42.855.999/0001-09, operadora de planos de assistência à saúde com autorização de funcionamento na ANS sob o nº: 35.903-3 e classificada na modalidade Cooperativa Médica, representada na forma de seu Estatuto Social e Ata da Eleição, doravante designada CONTRATADA e/ou UNIMED TRÊS CORAÇÕES .
CONTRATANTE	IN – HAUS SERVIÇOS INDUSTRIAIS E LOGISTICA LTDA

1 - DADOS DO PLANO:

Nome	Coletivo Empresarial	Nº de Registro do Plano na ANS	449.012/04-6
Segmentação Assistencial	Ambulatorial mais Hospitalar com Obstetrícia	Tipo de Contratação	Coletivo Empresarial
Abrangência Geográfica	Cambuquira, Carmo da Cachoeira, São Bento Abade, São Tomé das Letras e Três Corações.		
Grupo de Municípios			
Fator Moderador	Preestabelecido Com Fator Moderador	Tipo de Acomodação	Enfermaria

2- DADOS DO Contratante

Nome da Empresa	IN – HAUS SERVIÇOS INDUSTRIAIS E LOGISTICA LTDA		
CNPJ	08.409.251/0001-36	Nome Fantasia	IN - HAUS
Responsável Financeiro	BRIAN SILVA e CLEVERSON DUTRA ZONTINI		

3 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Logradouro (Rua, avenida, praça, etc)	AVENIDA MIGUEL FRIAS E VASCONCELOS		Nº	1205
Bairro:	JAGUARÉ	Cidade	SÃO PAULO	
Complemento	EDIF 1 ANDAR 2 SALA 3	UF	SP	
CEP	05.345-000	E-mail	carla.aparecida@gpssa.com.br	
Telefone	(51) 3591-2300	E-mail	tamara.silva@gpssa.com.br	
Celular	(31) 98404-9284	E-mail	gisele.lassakoski@gpssa.com.br	



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional





4 - VALOR DAS CONTRIBUIÇÕES:

NOME DO PLANO	COLETIVO EMPRESARIAL
NUMERO DO REGISTRO	449.012/04-6
ACOMODACAO	ENFERMARIA
VALOR PER CAPTA	R\$ 130,00

6 - DEMAIS CONTRIBUIÇÕES:

a) 2ª via do Cartão de Identificação:	R\$ 10,00 (Dez Reais)
b) Taxa de Inscrição:	Isento

7 - FAIXAS ETÁRIAS - PARA APOSENTADOS E DEMITIDOS EXPRESSOS NESTA TABELA

IDADE	VALOR
0 a 18 anos	R\$ 138,98
19 a 23 anos	R\$ 197,04
24 a 28 anos	R\$ 225,98
29 a 33 anos	R\$ 235,64
34 a 38 anos	R\$ 241,80
39 a 43 anos	R\$ 277,15
44 a 48 anos	R\$ 336,96
49 a 53 anos	R\$ 416,81
54 a 58 anos	R\$ 445,49
59 anos ou mais	R\$ 816,89

Os percentuais de Reajuste por Mudança de Faixa Etária para os Aposentados e Demitidos são expressos nesta tabela:

IDADE	PERCENTUAL
0 a 18 anos	Zero
19 a 23 anos	41,78%
24 a 28 anos	14,69%
29 a 33 anos	4,27%
34 a 38 anos	2,61%



www.unimedtrsc.coop.br
Av. Dr. Muacir Rezende, 358 - Centro
37410-083 Três Corações MG
T. (35) 3239-6000

somos **coop**
Somos o
cooperativismo
no Brasil

IDADE	PERCENTUAL
39 a 43 anos	14,62 %
44 a 48 anos	21,58 %
49 a 53 anos	23,70 %
54 a 58 anos	6,88%
59 anos ou mais	83,37%

8 - COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTO	PARTICIPAÇÃO
Consultas Médicas	30% coparticipação
Procedimentos de alta complexidade	30% limitado a 150,00 reais
Internações Hospitalares	NA ABRANGÊNCIA CONTRATUAL R\$ 100,00
Cirurgias ambulatoriais	30% limitado a 150,00 reais
Demais Procedimentos	30% limitado a 150,00 reais

* ESSES VALORES SERÃO REAJUSTADOS NOS TERMOS DO CONTRATO.

9 - FORMA DE PAGAMENTO E VENCIMENTO

Forma de Pagamento		Débito em Conta Corrente
		Boleto Bancário
		Carnê
	X	Fatura Enviada Por E-Mail
Data	Dia: 15 de cada mês	

Três Corações, 01 de Julho de 2020.

Dr. Gilberto Silva Teixeira
Diretor Presidente
Unimed Três Corações

UNIMED TRÊS CORAÇÕES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA
CNPJ: 42.855.999/0001-09

Jazzer de Oliveira Santos
CPF: 048.483.139-96
Grupo GPS

IN - HAUS SERVIÇOS INDUSTRIAIS E LOGÍSTICA LTDA
CNPJ: 08.409.251/0001-36

coop Membro da Aliança
Cooperativa Internacional



ANS - n.º 35/903/3



www.unimedtc.coop.br
 Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
 37410-083 Três Corações MG
 T. (35) 3239-6000

V. 09/2019

Instrumento Particular de Contratação da Atividade Cooperativada decorrente da Lei Federal Nº5764/71 através da Prestação Continuada de Serviços de Plano Privado de Assistência à Saúde Suplementar Coletivo Empresarial

PROPOSTA/CONTRATO CÓDIGO/Nº _____

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA

Unimed Três Corações – Sociedade Cooperativa de Trabalho e Serviços Médicos, localizada na cidade de Três Corações CEP 37410-083 no Estado de Minas Gerais, à Av. Dr. Moacir Rezende, nº 358– Centro, devidamente inscrita no Ministério da Fazenda sob o CNPJ Nº: 42.855.999/0001-09, operadora de planos de assistência à saúde com autorização de funcionamento na ANS sob o Nº: 35.903-3 e classificada na modalidade Cooperativa Médica, representada na forma de seu Estatuto Social e Ata da Eleição, doravante designada UNIMED TRÊS CORAÇÕES, cujos representantes constituídos assinam o presente instrumento.

b) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

IN-HAUS SERVIÇOS INDUSTRIAIS E LOGISTICA LTDA, nome fantasia **IN-HAUS** Matriz no Município de São Paulo, à Avenida Miguel Frias e Vasconcelos, nº 1205, bairro Jaguaré, CEP 05.345-000, inscrita no CNPJ sob o nº **08.409.251/0001-36**, pessoa jurídica, neste ato representado na forma de seu Contrato Social, doravante denominada simplesmente como **CONTRATANTE**.

A contratante acima qualificada possui como representante legal **BRIAN SILVA** brasileiro, casado sob o regime da comunhão parcial de bens, economista, portador da Identidade RG nº 4R3059085 SSP/SC em 05-set-1990 e inscrito no CPF 016.770.799-08 e **CLEVERSON DUTRA ZONTINI**, brasileiro, casado, administrador de empresas, portador da identidade RG nº 6.739.927-7 SSP/PR, inscrito no CPF sob nº 025.466.729-59.

Endereço para correspondência dos contratantes:

MATRIZ Avenida Miguel Frias e Vasconcelos, nº 1205, EDIF 1 andar 2 Sala 3, Bairro Jaguaré, São Paulo – SP, CEP 05.345-000, Telefones: (51) 3591-2300-1414, celular (31) 98404-9284, endereço eletrônico carla.aparecida@gpssa.com.br / gisele.lassakoski@gpssa.com.br / tamara.silva@gpssa.com.br.

c) CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO DO PLANO DE SAÚDE

DO NOME COMERCIAL	Coletivo Empresarial com coparticipação Local Enfermaria
Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	449.012/04-6
TIPO DE	Coletivo Empresarial que oferece cobertura da atenção

1/66



www.unimedtc.coop.br
Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
37410-083 Três Corações MG
T. (35) 3239-6000

somoscoop
Somos a
cooperativismo
no Brasil

-V. 09/2019

CONTRATAÇÃO	prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Ambulatorial mais Hospitalar com Obstetrícia
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA – Conforme indicado na Proposta de Adesão	Grupo de Municípios Local – Cambuquira, Carmo da Cachoeira, São Bento Abade, São Tomé das Letras e Três Corações.
ÁREA DE ATUAÇÃO	Cambuquira, Carmo da Cachoeira, São Bento Abade, São Tomé das Letras e Três Corações.
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	<p>Coletiva (Enfermaria) Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA para o plano, é garantido aos beneficiários o acesso à acomodação em nível superior sem ônus adicional.</p> <p>Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, conforme negociação direta com o médico ou hospital.</p> <p>Em havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço da rede, integrante da rede prestadora do produto contratado, observada as condições clínicas e mediante autorização do médico assistente, a CONTRATADA poderá remover o paciente para outro prestador da rede, cujo ônus da remoção ficará a cargo da CONTRATADA.</p>
FORMAÇÃO DE PREÇO	Preestabelecido Com Fator Moderador Coparticipação quando da realização de procedimentos pelos beneficiários.
Atendimento de Urgência e Emergência	<p>Para os atendimentos de Urgência e Emergência:</p> <p>O beneficiário deverá procurar a rede credenciada da Unimed divulgada no Guia Médico e no seu Portal Corporativo em www.unimedtc.coop.br e por meio da Central de Atendimento telefone: (35) 3239-6000, que atende 24 horas, durante sete dias por semana</p>
Horário Atendimento	<p>Horário de atendimento Unimed: Nos dias úteis e em horário comercial, o horário de atendimento será de 8:00 as 18:00 h, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência que</p>

2/66





Remoção Inter-hospitalar	<p>o atendimento é de 24 horas durante sete dias por semana.</p> <p>Para solicitação do serviço de remoção inter-hospitalar (transferência entre hospitais) entrar em contato por meio do telefone: (35) 3239-6000</p>
Atendimento Eletivo (agendado) Garantia de Acesso à Cobertura Assistencial	<p>O atendimento eletivo, àquele agendado o beneficiário será atendido na rede contratada/credenciada da Unimed Três Corações, conforme definido e delimitado neste contrato.</p> <p>Nos termos da RN 259/2011 que dispõe sobre os prazos de atendimento nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestadores da rede da operadora na área de abrangência geográfica e de atuação do plano, O BENEFICIÁRIO OBRIGATORIAMENTE DEVERÁ ENTRAR EM CONTATO COM A UNIMED TRÊS CORAÇÕES para que esta ofereça as soluções para garantia do atendimento em prestador apto.</p> <p>Na hipótese de não haver o contato prévio com a Unimed Três Corações a realização de procedimentos de forma particular NÃO É DEVIDO O REEMBOLSO.</p>

CLAUSULA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 – O presente contrato, decorrente da contraprestação de serviços de atendimento à saúde suplementar, de acordo com a atividade cooperativada conforme Lei Federal 5.764/71 – Lei das Cooperativas, tem por objeto a prestação continuada de serviços de Plano Privado de Assistência à Saúde, por intermédio de seus médicos cooperados, para assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, na segmentação assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, de acordo com o artigo 12 e do inciso I, art. 1º da Lei 9656/98, com cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

1.2 – O presente contrato é revestido de característica bilateral, oneroso e aleatório, gerando direitos e obrigações individuais às partes, na forma do disposto nos arts. 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, estando também subordinado às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor – CDC).

1.3 A assistência ora pactuada compreende as ações necessárias à prevenção da doença e a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.



CLAUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 – Poderão ser inscritos neste Plano Privado de Assistência à saúde Coletivo Empresarial, com todas as obrigações, responsabilidades e direitos declarados neste contrato, as pessoas naturais vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia.

2.2 – Também poderão ser inscritos neste plano de saúde:

- a) os sócios e administradores das pessoas jurídicas contratantes, constantes do contrato social;
- b) os demitidos ou aposentados das pessoas jurídicas contratantes, conforme artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- c) os trabalhadores temporários;
- d) os estagiários e menores aprendizes;

2.3 – DO TITULAR

2.3.1 – Para efeito deste contrato o beneficiário titular é o que mantém o vínculo de emprego ou ex-empregado da CONTRATANTE.

2.4 – DO DEPENDENTE

2.4.1 – O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário TITULAR neste Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial.

2.4.2 – Para fins de inclusão e permanência neste contrato, poderá ser inscrito como beneficiário dependente, com grau de parentesco em relação ao TITULAR:

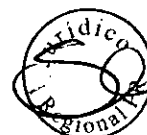
- a) O Cônjuge;
- b) Os filhos, solteiros até 24 (vinte e quatro) anos;
- c) O enteado, o menor, sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados a filhos;
- d) O (a) Companheiro (a), inclusive do mesmo sexo, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) O filho comprovadamente inválido ou incapaz com qualquer idade.

2.4.3 - Caberá à CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o titular.

2.5 – É assegurada a cobertura e inclusão para fins deste contrato:

2.5.1 - Está assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

2.5.2 – Assegurada a inclusão do filho recém-nascido, natural ou adotivo, como dependente, isento do cumprimento de carência, sendo vedada qualquer alegação de





Doença e/ou Lesão Preexistente – DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, e que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias.

2.5.2.1 – Caso o nascimento ocorra quando o Beneficiário titular ou dependente (pai ou mãe) ainda se encontrar sob o cumprimento de carência, o recém-nascido aproveitará os prazos de carência já cumpridos.

2.5.3 – Assegurada a inclusão do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, ou sob guarda ou tutela do beneficiário titular com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após adoção.

2.5.4 Não será exigido o cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) por doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 dias a contar:

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

2.5.4.1 – A não observação do prazo máximo de 30 (trinta dias) ensejará no cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos prazos de carência e verificação de doença e lesão preexistente para aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

2.5.5 – A extinção do vínculo do titular implica, na exclusão de todos os seus dependentes, observados o disposto nos artigos 30 ou 31 da Lei 9.656/98 quanto aos aposentados e demitidos, bem como os dispositivos previstos na portabilidade de carências.

2.5.6 – O beneficiário dependente, capaz, que vier a perder a condição de dependência, poderá assinar contrato de plano Individual/Familiar em seu próprio nome em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, observadas as regras previstas na portabilidade de carências.

2.5.7 – É assegurada a inclusão do menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que seja inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário pai.

2.6 – DA INCLUSÃO



2.6.1 – Quando da assinatura da Proposta de Contratação e deste contrato, a CONTRATANTE enviara a relação dos beneficiários a serem inscritos, pelos meios disponibilizados pela CONTRATADA, observados os prazos de carência e DLP a serem cumpridos e as condições de admissão, bem como as demais condições estabelecidas neste contrato.

2.6.2 – A CONTRATANTE se obriga a preencher todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações e fornecendo cópia dos documentos comprobatórios, em especial do vínculo de seus beneficiários, a saber:

- a) Documento de Identidade;
- b) Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- c) Comprovante de Residência;
- d) Certidão de casamento ou declaração de união estável;
- e) Certidão de nascimento, para os dependentes menores de idade que não possuam CPF e/ou RG;
- f) Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- g) Comprovante do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- h) Cartão PIS/PASEP do titular.

2.6.2.1 – Não serão aceitas adesões de beneficiários sem a cópia de toda a documentação comprobatória.

2.6.2.2 – Fica acordado entre as partes que, para fins de comprovação da união estável será aceita Declaração Pública Lavrada em Cartório e/ou Declaração Imposto de Renda.

- a) A data a ser considerada para fins de isenção de carência, quando for o caso, será a relatada na Declaração ou a data da lavratura quando não houver menção da anterior.

2.6.3 – Ocorrendo alterações dos dados cadastrais dos beneficiários inscritos, a CONTRATANTE devesse, obrigatoriamente, repassar as informações à CONTRATADA, juntamente com a cópia dos documentos comprobatórios.

2.6.4 - De acordo com as regras previstas na Clausula Doenças e Lesões Preexistentes ficará a critério da Unimed a realização de entrevista qualificada dos beneficiários, a fim de verificar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como perícia médica conforme o caso com a realização de exames e de documentação probatória das declarações de saúde dos beneficiários.

2.7 – Para fins de comprovação da legitimidade da CONTRATANTE e elegibilidade de seus beneficiários, devem ser apresentados no ato da contratação do plano e, no caso de Empresário Individual também anualmente, os seguintes documentos, que comprovem a:

- I) Legitimidade da CONTRATANTE:



- a) cópia do Contrato Social e no caso de Empresário Individual o Requerimento de Empresa Individual;
- b) certidão simplificada emitida no site da Junta Comercial ou comprovação da situação de registro ativo;
- c) certificado da Condição do Microempreendedor Individual (CCMEI), no caso de Empresário Individual enquadrado como Microempreendedor Individual;
- d) comprovante de inscrição e de regularidade cadastral junto à Receita Federal com a situação cadastral "ativa"; e
- e) outros documentos que confirmem a sua inscrição em órgãos competentes, devidamente aceitos pela CONTRATADA;

II) Elegibilidade de beneficiários titulares:

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do FGTS, de Informações à Previdência Social (GFIP) ou outros documentos que comprovem a elegibilidade, devidamente aceitos pela CONTRATADA;

2.8- A CONTRATANTE constituída na forma de Empresário Individual, no ato da contratação e anualmente na data do aniversário do contrato, deverá comprovar documentalmente a regularidade cadastral junto aos órgãos competentes, inclusive junto à Receita Federal, bem como, preencher os requisitos de elegibilidade dos beneficiários, sob pena de rescisão contratual nos termos da Resolução Normativa 432/2017 da ANS e suas alterações posteriores.

2.8.1 – Nos termos da cláusula 2.8, a CONTRATANTE obriga-se a apresentar à CONTRATADA documentos que demonstrem que o Empresário Individual foi constituído e registrado nos órgãos competentes há no mínimo, 06 (seis) meses.

2.8.2 – As comprovações de regularidade de registro podem ser apresentadas na forma física ou digital.

2.9 – DA MOVIMENTAÇÃO

2.9.1 – Havendo inclusão, exclusão ou suspensão de beneficiário ou alteração de dados cadastrais, A CONTRATANTE deverá comunicar a CONTRATADA, por escrito, até o dia 15 (quinze) do mês corrente.

2.9.1.1 – A movimentação comunicada após o dia 15 (quinze) do mês corrente somente será realizada para o mês subsequente.

2.9.2 – A movimentação comunicada até o dia 15 (quinze) do mês corrente será efetivada no dia 30 (trinta) do respectivo mês, passando a integrar a competência do mês subsequente para os efeitos deste contrato.

2.9.3 – Os beneficiários poderão mudar de plano dentro da operadora sempre que desejarem, desde que observadas as normas legais vigentes.

7/66



2.9.4 – É obrigação da CONTRATANTE, comunicar formalmente nos prazos acima estabelecidos, as situações de inclusão, exclusão e atualização cadastral, sendo a CONTRATANTE também responsáveis pela veracidade das informações prestadas, observado o estabelecido na regulamentação vigente quanto à exclusão por solicitação do beneficiário.

CLAUSULA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 – Os serviços cobertos por este plano, em conformidade com os limites, prazos de carência, cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT e demais condições estabelecidas neste contrato, abrangem todo procedimento ambulatorial, de diagnóstico e terapia, internação hospitalar e atendimento obstétrico e os atendimentos de urgência e emergência de acordo com a regulamentação específica da ANS, constante no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, representando a somatória das segmentações Ambulatorial, Hospitalar e Obstétrica, prevista no art. 12, da Lei nº. 9656/98.

3.1.1 – As áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM não são consideradas especialidades médicas.

3.1.2 - A cobertura do contrato obedecerá às Diretrizes de Utilização – DUT, Protocolo de Utilização – PROUT, Diretrizes Clínicas – DC, previstos no Rol de procedimentos na saúde suplementar estabelecidos pela ANS, que podem ser consultados no site www.ans.gov.br.

3.1.2.1 – A limitação para as consultas ou sessões de fonoaudiologia, psicologia, psicoterapia, nutricionista e terapia ocupacional constantes nas Diretrizes de Utilização – DUT, são baseadas no ano contratual e não no ano civil.

3.1.3 – O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada pela CONTRATADA e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

3.1.4 – Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos, da ANS, vigente à época da utilização.

3.1.4.1 - As escopias listadas nos anexos do Rol de Procedimentos vigente têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

3.1.5 – A cobertura será garantida por médicos contratados/credenciados e dentro dos recursos próprios ou contratados/credenciados pela CONTRATADA, conforme relação de prestadores disponível no Guia Médico da CONTRATADA.

8/66

Registro Produto: 449.012/04-6



3.1.6 - Os procedimentos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso da relação existente entre a CONTRATADA e seus prestadores de serviço de saúde.

3.1.7 - Os procedimentos eletivos (programados) a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia e Resolução do Conselho Federal de Medicina vigentes.

3.1.8 - Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e seus anexos que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica, respeitado os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso, ou qualquer tipo de relação entre a CONTRATADA e seus prestadores de serviço.

3.2 - Os serviços compreendem:

3.2.1 - Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.2.2 - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, solicitados pelo médico assistente;

3.2.3 - Serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA e dentro da abrangência deste contrato;

3.2.4 - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização e das Diretrizes de Utilização - DUT, desde que solicitadas e devidamente justificadas pelo médico assistente;

3.2.5 - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano;



3.2.5.1 – Cobertura obrigatória de uma consulta de fisioterapia para cada nova patologia apresentada pelo paciente, e consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico;

3.2.6 – Cobertura para os procedimentos abaixo indicados, considerados especiais;

- a) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes cobertos, exceto medicação de manutenção;
- b) Cirurgias oftalmológicas, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) anexas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;
- c) Embolizações, em ambiente hospitalar;
- d) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- e) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- f) Hemoterapia;
- g) Nutrição parenteral e enteral, em ambiente hospitalar;
- h) Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica;
- i) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- j) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- k) Cobertura de quimioterapia oncológica, 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;
- l) Radiologia intervencionista;
- m) Cobertura dos procedimentos de radioterapia desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.2.7 – Tratamento da obesidade mórbida em regime ambulatorial, prestado preferencialmente por equipe multiprofissional integrante da rede da CONTRATADA, respeitado as Diretrizes de Utilização.

3.2.7.1 – Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimento médico, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim considerados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.

3.2.8 – Participação do médico anestesiológico, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;

3.2.9 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinflingidas.



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

3.2.10 – Internações hospitalares em todas as modalidades, inclusive em centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e em clínicas básicas e especializadas da rede própria ou credenciada e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em número ilimitado de dias.

a) Nas internações psiquiátricas, inclusive para dependência química ou alcoólica, tentativa de suicídio ou autoagressão ou em regime de hospital dia, terá o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato – ano contratual; o custeio parcial será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano contratual, em que haverá cobrança de coparticipação do beneficiário de 45% (quarenta e cinco por cento) do valor da conta hospitalar;

b) A cobertura do tratamento em regime de hospital dia, para realização de procedimento de curta permanência, se dará de acordo com as Diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

3.2.11 – Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

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

3.2.13 – Toda e qualquer taxa incluindo materiais utilizados durante o período de internação;

3.2.14 – Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária - CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;

3.2.15 – Quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos, de pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e de portadores de deficiência, conforme indicação do médico assistente, estão asseguradas as despesas de acomodação e alimentação necessárias à permanência de 1 (um) acompanhante durante a internação. Haverá dispensa do acompanhante nos casos em que houver contra indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente.



3.2.16 – Cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de classe, devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a solicitação de exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizadas durante o período de internação hospitalar;

3.2.17 – Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, realizadas por equipe de saúde necessária à complexidade do caso;

- a) Inclui o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;
- b) A necessidade da internação por imperativo clínico é determinada pelo cirurgião-dentista assistente ou médico assistente, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- c) Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais não estão incluídos na cobertura do plano de saúde.

3.2.18 – A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;

3.2.19 – Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer;

3.2.20 – Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao pré parto, parto, pós-parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

3.2.20.1 – Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente;

3.2.21 – Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente inscrito no plano, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto, desde que o pai ou a mãe do recém-nascido tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT;



- a) Despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, incluindo taxas de paramentação, acomodação e alimentação, salvo por contraindicação do médico assistente;
- b) Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

3.2.22 – Transplantes autólogos, alogênicos, de córnea e rim listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, bem como as despesas com procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

3.2.22.1 – Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos, do beneficiário receptor;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), e pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;** e
- d) despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde);

3.2.23 – Os beneficiários candidatos a transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção;

3.2.24 – É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO's, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizados em que se encontre o receptor;

3.2.25 – Cobertura das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.2.26 – Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, incluindo colocação, inserção e/ou fixação e de sua remoção e/ou retirada listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:

- a) cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos.
- b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;



www.unimedtr.coop.br
 Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
 37410-083 Três Corações MG
 T. (35) 3239-6000



V. 09/2019

c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, será instaurada a Junta Médica em conformidade com o procedimento constantes no item 9.4, da Cláusula IX, previsto neste contrato e, de acordo com a regulamentação em vigor.

3.2.27 – Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, relacionados com a saúde ocupacional e acidente de trabalho, observada a segmentação contratada. No caso da cobertura relacionada com a saúde ocupacional, estão cobertos o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas nas regulamentações do Ministério da Saúde.

3.2.28 – Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina, solicitada pelo médico assistente observado o seguinte:

3.2.28.1 - a solicitação **deverá ser feita direta e exclusivamente para a CONTRATADA**, de acordo com a indicação do médico assistente do beneficiário, observado o protocolo de utilização (PROUT) publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

3.2.29 – Fornecimento de medicamentos antineoplásicos orais para o tratamento de câncer, de uso domiciliar, de acordo com as Diretrizes de Utilização – DUT anexa ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;

3.2.30 – Fornecimento de medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos de acordo com as Diretrizes de Utilização – DUT anexa ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização.

3.2.31 - Para aquisição dos medicamentos antineoplásicos orais domiciliar e dos medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso:

3.2.31.1- A solicitação deverá ser feita DIRETA E EXCLUSIVAMENTE na CONTRATADA;

3.2.31.2- O beneficiário deverá solicitar a CONTRATADA mediante a entrega da receita original, assinada pelo médico assistente.

3.3 - Coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei 9.273/96, de que trata sobre o planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde, bem como diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente.

CLAUSULA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 – Em conformidade com o que prevê a Lei 9.656/98, e respeitando as coberturas obrigatórias, estão excluídos da cobertura do plano os eventos e

14/66





despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, fora da segmentação ora contratada e os abaixo relacionados:

- 4.1.1 – Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 4.1.2 – Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas quando declaradas pela autoridade competente;
- 4.1.3 – Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- 4.1.4 – Consultas e quaisquer atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 4.1.5 – Consultas, tratamentos médicos hospitalares, internações ou qualquer atendimento prestado antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências previstas ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- 4.1.6 – Despesas de um acompanhante, exceto para:
 - a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
 - b) idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade;
 - c) portadores de deficiência, conforme indicação do médico assistente;
 - d) durante o trabalho de pré-parto, parto, pós-parto e puerpério imediato.
- 4.1.7 – Despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato;
- 4.1.8 – Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, à exceção dos honorários e materiais utilizados;
- 4.1.9 – Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 4.1.10 – Escleroterapia de varizes;
- 4.1.11 – Exames específicos como: admissionais, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho e demissionais;
- 4.1.12 – Exames para piscina ou ginástica, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 4.1.13 – Fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como para fins estéticos;
- 4.1.14 – Fornecimento de medicamentos, equipamentos e materiais (inclusive órteses e próteses), sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), bem como materiais de uso domiciliar não previstos no Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente;
- 4.1.15 – Tratamento ambulatorial, clínico ou cirúrgico experimental; isto é, aqueles que:
 - a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/regularizados no país;
 - b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
 - c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label) à exceção quanto a cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:



I - 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

II - 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.

4.1.16 – Fornecimento de medicamento, equipamento e material que não seja utilizado durante internação ou durante procedimento clínico ou cirúrgico ambulatorial, ou ainda, que não necessitem de supervisão médica;

4.1.17 – Medicamento e material prescritos para uso domiciliar e/ou que podem ser adquiridos em farmácia, mesmo que necessitem de supervisão para a sua aplicação, exceto os medicamentos antineoplásicos orais e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;

4.1.18 – Fornecimento de produtos de toalete, higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada a cobertura deste contrato;

4.1.19 – Todo e qualquer atendimento domiciliar, internação domiciliar *Home Care*, mesmo em caráter de urgência ou emergência;

4.1.20 – Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

4.1.21 – Procedimentos clínicos e cirúrgicos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência e atuação contratadas;

4.1.22 – Despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos ou entidades não contratadas, cooperadas ou credenciadas, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência, quando não for possível utilizar estes serviços, que serão posteriormente reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

4.1.23 – Procedimentos ou eventos clínicos e cirúrgicos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização e/ou que não atendam as Diretrizes de Utilização e/ou Protocolo de Utilização – PROUT – editados pela ANS – para a segmentação contratada, bem como os procedimentos e serviços que excederem a limitação;

4.1.24 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

4.1.25 – Procedimentos exclusivos do segmento obstétrico enquanto não cumpridas as carências respectivas;

4.1.26 – Procedimentos, exames ou tratamentos no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;

4.1.27 – Procedimentos relacionados à medicina ocupacional, a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, mudança de função e demissionais.

4.1.28 – Psicopedagogia, psicomotricidade e psiconeurologia;

4.1.29 – Quaisquer vacinas, salvo as ministradas durante a internação hospitalar ou atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;

4.1.30 – Qualquer procedimento realizado por profissionais cuja especialidade não seja reconhecida pelo respectivo Conselho de Classe;



4.1.31 – Resgate ou remoção domiciliar de qualquer natureza, bem como remoção aérea;

4.1.32 – Remoção de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestador;

4.1.33 – Remoção de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede própria da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital não integrante da rede da CONTRATADA;

4.1.34 – Transplantes, bem como exames para esta finalidade, excetuando-se os transplantes de córnea, rim, autólogos e alogênicos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;

4.1.35 – Transporte para a realização de exames, exceto em caso de beneficiário internado, exclusivamente por solicitação do médico assistente, por falta de recursos;

4.1.36 – Tratamento em SPA, clínica de emagrecimento ou rejuvenescimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para o acolhimento de idosos, casas sociais e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

4.1.37 – Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para rejuvenescimento, para emagrecimento – exceto com o relacionado à obesidade mórbida – ou ganho de peso sem finalidade estética, desde que cumpridas as Diretrizes de Utilização – DUT previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, mesmo quando a hipertrofia possa repercutir sobre a coluna vertebral, exceto a cirurgia plástica reparadora.

4.1.38 – Tratamentos clínicos ou cirurgias, antiéticos ou ilegais, para a mudança de sexo e inseminação artificial.

4.1.39 – Todo e qualquer hospital e clínica que embora credenciados por outra Unimed (para atendimento aos seus planos especiais), são considerados de tabela própria, categoria diferenciada e alto custo, integrantes da Rede Especial e Máster definidas no Manual de Intercâmbio do Sistema Unimed, a saber:

CNPJ	Prestador	Nome Fantasia	Município	UF
88.625.686/0024-43	Associação Educadora São Carlos (Aesc)	Hospital Mãe De Deus	Porto Alegre	RS
92.685.833/0001-51	Associação Hospitalar Moinhos De Vento	Hospital Moinhos De Vento	Porto Alegre	RS
09.866.294/0001-03	Centro Hospitalar Albert Sabin	Centro Hospitalar Albert Sabin	Recife	PE
70.237.144/0001-41	Hospital Memorial São José Ltda	Hospital Memorial São José Ltda	Recife	PE
10.839.561/0001-32	Hospitais Associados De Pernambuco Ltda (H. Santa Joana)	Santa Joana	Recife	PE



www.unimedtc.coop.br
 Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
 37410-083 Três Corações MG
 T. (35) 3239-6000

V. 09/2019

10.892.164/0001-24	Real Hospital Português	Hospital Português	Recife	PE
02.284.062/0001-06	Hospital Esperança	Hospital Esperança	Recife	PE
11.452.240/0001-43	Hospital Jayme Da Fonte	Hospital Jayme Da Fonte	Recife	PE
33.964.776/0001-80	Casa De Saúde Saint Roman Ltda	Casa De Saúde Saint Roman	Rio de Janeiro	RJ
33.501.214/0001-09	Clínica Da Gávea S/A	Clínica Da Gávea	Rio de Janeiro	RJ
00.173.618/0001-53	Dh - Day Hospital Ltda	Dh - Day Hospital	Rio de Janeiro	RJ
73.696.718/0002-19	Instituição Adventista Este Brasileira D	Hospital Adventista Silvestre	Rio de Janeiro	RJ
31.635.857/0001-01	Hospitais Integrados Da Gávea S/A	Hospital Integrados Da Gávea - São Vicente	Rio de Janeiro	RJ
28.602.407/0001-08	Ipanema - Serviço De Assistência Médica-	Ipanema Serv Med Inf	Rio de Janeiro	RJ
86.748.076/0002-04	Jorge Jaber Clínica De Psicoterapia Ltda	Jorge Jaber Clínica De Psicoterapia	Rio de Janeiro	RJ
33.419.482/0002-59	Casa De Saúde Laranjeiras Ltda	Perinatal Barra	Rio de Janeiro	RJ
33.419.482/0001-78	Casa De Saúde Laranjeiras Ltda	Perinatal Laranjeiras	Rio de Janeiro	RJ
29.435.005/0052-79	Esho Empresa de Serviços Hospitalares s.	Casa De Saúde Santa Lúcia	Rio de Janeiro	RJ
33.722.224/0001-66	Associação Beneficente Israelita Do Rio	Hospital Israelita Albert Sabin	Rio de Janeiro	RJ
09.578.217/0001-58	Hospital Norte D Or De Cascadura Sa	Hospital Norte D Or	Rio de Janeiro	RJ
29.435.005/0057-83	Esho Empresa De Serviços Hospitalares S.	Hospital Pasteur Esho	Rio de Janeiro	RJ
29.435.005/0051-98	Esho - Empresa De Serviços Hospitalares	Hospital Pro Cardíaco	Rio de Janeiro	RJ
60.884.855/0016-30	Impar Serviços Hospitalares S/A	Hospital São Lucas	Rio de Janeiro	RJ
06.047.087/0010-20	Rede D Or São Luiz S/A	Quinta D Or	Rio de Janeiro	RJ
60.678.604/0002-02	Hospital E Maternidade Santa Joana S/A	Pro Matre Paulista	São Paulo	SP
60.777.901/0001-16	Hospital Santa	Hospital Santa Paula	São Paulo	SP

18/66





www.unimedtr.coop.br
 Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
 37410-083 Três Corações MG
 T. (35) 3239-6000

V. 09/2019

	Paula Ltda			
61.590.410/0001-24	Sociedade Beneficente de Senhoras - Hospital Sírío Libanês	Sociedade Beneficente de Senhoras - Hospital Sírío Libanês	São Paulo	SP
60.453.024/0003-90	Associação Do Sanatório Sírío	Hcor Hospital do Coração	São Paulo	SP
33.917.568/0001-20	Clínica Santa Helena S/C Ltda	Hospital Santa Helena Camacari	Camaçari	BA
34.326.108/0001-90	Semed Serviços Médico-Hospitais De Camacari Ltda.	Hospital Semed	Camaçari	BA
14.736.706/0001-20	Sermege Serviços Médicos Em Geral	Sermege Serviços Médicos em Geral	Camaçari	BA
15.194.004/0001-25	Fundação José Silveira	Hospital Santo Amaro Salvador	Salvador	BA
60.678.604/0001-13	Hospital E Maternidade Santa Joana S/A	Hospital e Maternidade Santa Joana S a	São Paulo	SP
60.884.855/0003-16	Impar Serviços Hospitalares S/A	Hospital Nove de Julho	São Paulo	SP
60.961.968/0001-06	Fundação Antônio Prudente	A.C. Camargo Câncer Center	São Paulo	SP
13.518.634/0001-82	Hospital Das Clínicas De Alagoinhas Ltda	Hca Hospital das Clínicas de Alagoinhas	Alagoinhas	BA
14.022.735/0001-20	Umi Urgência Médica Infantil Ltda.	Umi Urgência Médica Infantil	Alagoinhas	BA
13.644.877/0001-67	Cetro Centro Especializado Em Traumatologia Reabilitação E O	Cetro Centro Especializado em Traumatolo	Alagoinhas	BA
13.016.092/0001-40	Sociedade Anônima Hospital Aliança	Hospital Aliança	Salvador	BA
13.534.771/0001-00	Probaby Clínica Infantil E Urgências Ltda	Probaby	Salvador	BA
13.808.803/0001-19	Promédica Patrimonial S/A	Hospital Jorge Valente	Salvador	BA
00.610.980/0001-44	Hospital Santa Marta Ltda	Hospital Santa Marta Ltda	Brasília	DF
92.898.550/0006-00	Fundação Universitária De Cardiologia	Instituto de Cardiologia do Distrito Federal	Brasília	DF
72.576.143/0001-57	Serviços Hospitalares Yuge Ltda	Hospital São Francisco	Brasília	DF

19/66

Registro Produto: 449.012/04-6





www.unimedtr.coop.br
 Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
 37410-083 Três Corações, MG
 T. (35) 3239-6000

somos **coop**

Somos a
cooperativismo
no Brasil

V. 09/2019

14.373.815/0001-20	Hospital Da Clima Clínica Maria Albano Ltda	Clima	Candeias	BA
61.213.674/0002-40	Fundação José Luiz Egydio Setubal	Hospital Infantil Sabará	São Paulo	SP
60.975.737/0012-04	Sociedade Beneficente São Camilo	Hospital São Camilo Santana	São Paulo	SP
60.975.737/0002-32	Sociedade Beneficente São Camilo	Hospital São Camilo Pompeia	São Paulo	SP
60.975.737/0051-10	Sociedade Beneficente São Camilo	Hospital São Camilo Ipiranga	São Paulo	SP
21.299.615/0001-30	Fundação Ouro Branco	Fundação Ouro Branco	Ouro Branco	MG
06.047.087/0041-26	Rede D Or São Luiz S/A	Rede Dor São Luiz Unidade Santa Luzia	Brasília	DF
03.376.102/0001-02	Bahia Serviços De Saude S/A	Hospital da Cidade	Salvador	BA
06.047.087/0042-07	Rede Dor São Luiz S/A	Rede Dor São Luiz Hospital do Coração do	Brasília	DF
60.726.502/0001-26	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	São Paulo	SP
60.922.168/0007-71	Associação Congregação De Santa Catarina	Hospital Santa Catarina	São Paulo	SP
15.166.416/0001-51	Real Sociedade Portuguesa De Benef 16 De Setembro	Hospital Português	Salvador	BA
60.992.427/0006-50	Beneficência Nipo Brasileira De São Paulo	Hospital Nipo Brasileiro	São Paulo	SP
60.884.855/0022-89	Ímpar Serviços Hospitalares S/A	Hospital Brasília	Brasília	DF
56.339.211/0001-08	Hospital E Maternidade Nova Vida Ltda	Hospital e Maternidade Nova Vida Ltda	Itapevi	SP
21.371.777/0001-32	Hospital Bandeirantes S/A	Hospital Leforte Liberdade	São Paulo	SP
61.699.567/0001-92	SPDM- Associação Paulista Para O Desenvolvimento Da Medicina	Hospital São Paulo	São Paulo	SP
19.803.199/0001-14	Hospital Leforte S/A	Hospital Leforte S/A	São Paulo	SP
62.106.505/0001-92	Hospital E Maternidade Santa	Hospital Cruz Azul	São Paulo	SP

20/66





	Maria			
59.042.622/0001-25	Hospitalis Núcleo Hospitalar De Barueri Ltda	Hospitalis Núcleo Hospitalar de Barueri	Barueri	SP
24.344.124/0001-52	Hospital Samaritano De São Paulo Ltda	Hospital Samaritano de São Paulo	São Paulo	SP
57.482.903/0001-73	Hospital e Maternidade Dr. Cristóvão Da Gama S/A	Hospital e Maternidade Dr. Cristóvão da Gama	Santo André	SP
15.170.723/0004-59	Liga Alvaro Bahia Contra A Mortalidade Infantil	Sokids	Lauro de Freitas	BA
06.047.087/0008-05	Rede Dor São Luiz S/A	Hospital Assunção	São Bernardo do Campo	SP
06.047.087/0007-24	Hospital E Maternidade São Luiz S/A	Hospital e Maternidade Brasil	Santo André	SP
00.049.791/0001-44	Hospital Santa Helena S/A	Santa Helena	Brasília	DF
60.884.855/0012-07	Impar Serviços hospitalares Ltda.	CHN - Complexo Hospitalar de Niterói	Niterói	RJ

4.2 – A lista de hospitais de tabela própria ou alto custo será atualizada periodicamente, estando disponível para consulta pelo beneficiário, na sede da CONTRATADA e no seu portal Corporativo.

CLAUSULA V – DURAÇÃO DO CONTRATO – VIGÊNCIA

5.1 – Este contrato terá o início de vigência a partir da data indicada na Proposta de Contratação e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos.

5.2 - Este Contrato se renovará automaticamente, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se qualquer uma das partes não manifestar, contrariamente, com antecedência de 60 (sessenta) dias ao término do período de vigência mínima.

5.3 – Não haverá cobrança de taxa ou qualquer outro valor no ato da renovação deste contrato, sendo vedada a recontagem de carências.

CLAUSULA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 – Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento de carências.

6.1.1 – As carências explicitadas nesta cláusula serão individuais e contadas a partir da data de início de vigência do contrato e a partir da data de inclusão para os que forem inscritos posteriormente.



6.1.2 – Os prazos de carência são:

- a) Urgência e Emergência (urgência: acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional; emergência: risco imediato à vida ou lesões irreparáveis): **24 (vinte e quatro) horas;**
- b) Consulta médica: **30 (trinta) dias;**
- c) Parto a termo: **300 (trezentos) dias;**
- d) Demais procedimentos não enquadrados nos itens acima: **180 (cento e oitenta) dias.**

6.2 – DOS CONTRATOS COM 30 (TRINTA) OU MAIS BENEFICIÁRIOS

6.2.1 – Nos contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários, estão isentas do cumprimento dos prazos de carência, exclusivamente, as inclusões de beneficiários formalizadas durante os primeiros 30 (trinta) dias do início da vigência deste contrato ou realizadas em até 30 (trinta) dias da sua vinculação às pessoas jurídicas contratantes, respeitado o cronograma de movimentação.

6.2.1.1 – As inclusões de beneficiários formalizadas fora do prazo de 30 (trinta) dias estão sujeitas ao cumprimento dos prazos de carência estabelecidos neste contrato.

CLAUSULA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 – Para efeitos desta cláusula definimos:

- a) **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 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162 e suas posteriores alterações;
- b) **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** - aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;
- c) **Agravo** - como qualquer 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, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

7.2 – A constatação da existência de lesão ou doença que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade resultará no cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses.



7.3 – No caso de Cobertura Parcial Temporária – CPT, findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9656/98.

7.4 – A CONTRATADA, POR LIBERALIDADE DA NORMA, NÃO ADOTA O SISTEMA DE AGRAVO.

7.5 – O beneficiário está obrigado, por ocasião de sua inclusão, a informar ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança, pela CONTRATADA, de eventuais prejuízos, nos termos da legislação em vigor.

7.6 – A informação será prestada durante a Entrevista Qualificada, por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, formulário específico fornecido pela CONTRATADA, que deve ser preenchido de próprio punho pelo beneficiário ou seu responsável legal que, acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário, será parte integrante deste contrato e condição prévia para a inclusão.

7.7 – Para o preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA.

7.8 – Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.9 – O objetivo do Médico Orientador, durante a Entrevista Qualificada, é o de 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 à medicina, aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.10 – Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária - CPT.

7.11 – Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

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



7.13 – A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.14 – Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.15 – Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a Doença ou Lesão Preexistente – DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela CONTRATADA, bem como será rescindido o seu contrato.

7.16 – Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de Doença ou Lesão Preexistente - DLP, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.17 – É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.18 – Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária - CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.19 – Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária – CPT, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente – DLP.

7.20 – Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

7.21 – A constatação da existência de lesão ou doença que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade resultará no cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

a) A não aceitação da Cobertura Parcial Temporária – CPT, por parte do beneficiário ou seu representante, acarretará no cancelamento da assinatura do contrato ou na não aceitação de sua adesão ou inscrição no plano já em vigor.

7.22 – DOS CONTRATOS COM 30 (TRINTA) OU MAIS BENEFICIÁRIOS

7.22.1 – Nos contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários, estão isentas do preenchimento da Declaração de Saúde e cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, exclusivamente, as inclusões de beneficiários formalizadas durante os primeiros 30 (trinta) dias do início da vigência deste contrato ou realizadas em até 30 (trinta) dias da sua vinculação às pessoas jurídicas contratantes, respeitado o cronograma de movimentação

24/66

Registro Produto: 449.012/04-6



7.22.1.1 – As inclusões de beneficiários formalizadas fora do prazo de 30 (trinta) dias estão sujeitas ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, no caso de Doença ou Lesão Preexistente declarada.

CLAUSULA VIII – DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 – Para efeitos desta cláusula definimos:

a) **EMERGÊNCIA**: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

b) **URGÊNCIA**: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

8.2 – Após cumprida a carência, estão cobertos os atendimentos nos casos de urgência e emergência, conforme definidos neste instrumento, desde a admissão até a alta.

8.2.1 – Os atendimentos de urgência e emergência que envolver eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia e realização de procedimentos de alta complexidade, caracterizados como de urgência ou emergência, relativos às doenças ou lesões identificadas como preexistentes, durante o cumprimento da **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, terão cobertura do segmento ambulatorial, limitados as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade da utilização de procedimentos do segmento hospitalar com obstetrícia, mesmo que em período menor que 12 (doze) horas.

8.2.2 – Os atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência, relativos às **complicações no processo gestacional**, durante o cumprimento dos prazos de carência, terão cobertura do segmento ambulatorial, limitados as primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou até que haja necessidade da utilização de procedimentos do segmento hospitalar com obstetrícia, mesmo que em período menor que 12 (doze) horas.

8.2.3 – Os atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência, durante o **cumprimento dos prazos de carência**, terão cobertura no segmento ambulatorial, limitados as primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou até que haja necessidade da utilização de procedimentos do segmento hospitalar com obstetrícia, mesmo que em período menor que 12 (doze) horas.

8.3 – Decorridas as 12 (doze) horas previstas ou quando necessária para a continuidade do atendimento de urgência e emergência a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar com obstetrícia, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação correrá por conta e ordem do beneficiário titular ou seu responsável, podendo ser suprida através de:

a) Transferência do paciente para a conclusão do atendimento e tratamento pelo Sistema Único de Saúde – SUS;



b) Assunção direta, por parte do beneficiário titular ou de seu responsável, dos encargos do tratamento, excluindo-se as 12 (doze) horas iniciais, na modalidade particular junto ao estabelecimento hospitalar ou pronto-socorro prestador do atendimento.

8.4 – Os atendimentos caracterizados como de urgência resultantes de acidentes pessoais terão cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

8.5 – DO REEMBOLSO NOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.5.1 – Será garantido o reembolso, exclusivamente nas situações de Urgência e Emergência, estando o beneficiário impossibilitado de se dirigir a um prestador constante da rede contratada ou credenciada ou que a Urgência ou a Emergência seja de tal gravidade que não haja tempo hábil para este deslocamento.

8.5.1.1 – A CONTRATADA se responsabilizará pelo reembolso das despesas pelos atendimentos que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, exclusivamente enquanto este quadro clínico se mantiver e for comprovadamente impossível remover o paciente para um hospital constante de sua rede contratada ou referenciada.

8.5.1.2 – O reembolso ocorrerá respeitando-se os limites estabelecidos pela Tabela de Reembolso e Coparticipação da CONTRATADA, deduzida a coparticipação prevista para cada evento.

8.5.1.3 – A Tabela de Reembolso e Coparticipação é registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos, situado na Avenida Presidente Dutra, nº 03 – sala 206/208, Bairro Centro Três Corações - MG.

8.5.1.4 – O beneficiário será reembolsado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação original adequada e informações a seguir:

a) Nota fiscal válida acompanhada do recibo com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, data da realização do evento, contendo o código do CID-10, todos os dados do médico assistente e cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado vinculados ao laudo médico, data da alta, valor cobrado discriminando honorários médicos, exames, diárias e taxas, materiais e medicamentos, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço.

8.5.1.5 – A CONTRATADA reserva-se o direito de analisar e auditar todo e qualquer documento, procedendo aos acertos cabíveis, para fins de reembolso das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento durante o estado de urgência e emergência.

8.5.1.6 – Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à CONTRATADA, no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data da alta ou da realização do procedimento.



8.5.1.7 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a CONTRATADA solicitará complementação dos documentos, interrompendo-se a contagem do prazo máximo de 30 (trinta) dias para o reembolso, contando-se novo prazo de 30 (trinta) dias.

8.5.1.8 – O valor aprovado para reembolso será pago ao Beneficiário ou seu responsável, sendo indispensável a apresentação dos documentos pessoais, mediante a quitação do reembolso.

8.5.2 – Não serão reembolsados procedimentos realizados de forma programada, denominados eletivos, nos casos em que o beneficiário optar por ser atendido fora da abrangência geográfica do plano e/ou em prestadores não credenciados ou cooperados da CONTRATADA.

8.6 – REMOÇÃO

8.6.1 – A CONTRATADA garantirá a remoção terrestre do beneficiário, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica e atuação do produto, para uma unidade hospitalar do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento, após a realização do atendimento de urgência ou emergência nos casos que necessitem da realização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade durante o período que o beneficiário estiver sujeito à Cobertura Parcial Temporária para Lesões ou Doenças Preexistentes e durante o cumprimento dos prazos de carência.

- a) Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento;
- b) Para a remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- c) Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento do beneficiário em unidade diferente daquela indicada pela CONTRATADA, esta fica desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;
- d) Na impossibilidade de remoção, por risco de vida, o beneficiário titular ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando, assim, a CONTRATADA desse ônus.

8.6.2 – A CONTRATADA providenciará a remoção terrestre, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica e atuação do contrato, 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.

8.6.3 – A CONTRATADA providenciará a remoção terrestre, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica e atuação do contrato, a partir de sua ciência, mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável e após a autorização do médico assistente, nas seguintes situações:

27/66



- a) de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, para hospital integrante da rede da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde;
- b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não integrante da rede do plano para hospital integrante da rede da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde;
- c) de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde, para outro hospital integrante da rede da CONTRATADA, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de origem;
- d) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não integrante da rede do plano e não pertencente à rede própria da CONTRATADA, localizado fora da área geográfica e atuação do produto contratado, para hospital integrante da rede da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde, 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 e na indisponibilidade ou inexistência de prestador;
- e) de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede própria da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde, para outro hospital integrante da rede própria da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

8.6.4 – Somente será coberta a remoção que tenha sido comunicada e aprovada pela CONTRATADA.

CLAUSULA IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 – DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

9.1.1 – A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de Cobertura Parcial Temporária – CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido na forma da lei, será obrigatória para assegurar a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA, adotar sempre que necessário novo sistema operacional para melhor atendimento.

9.1.2 – Os Cartões Individuais de Identificação serão enviados em até 20 (vinte) dias da efetivação da adesão, em conformidade com o cronograma de movimentação.

9.1.3 – Exceto nos casos de urgência ou emergência, nenhum beneficiário será atendido sem a apresentação do cartão individual de identificação juntamente com um documento de identidade válido.

9.1.4 – O beneficiário que estiver sem o cartão de identificação, deverá retirar guia de autorização para a utilização do procedimento na sede da CONTRATADA, à Av. Dr. Moacir Rezende, nº 358 – Bairro Centro, Três Corações/MG, no horário comercial.

28/66



9.2 – DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTOS

9.2.1 – As consultas médicas, os Exames de Medicina Laboratorial e os Raios X não necessitam de autorização prévia, podendo o beneficiário se dirigir diretamente a um dos prestadores constantes da rede de prestadores de serviço da CONTRATADA, portando o Cartão Individual de Identificação e um documento de identidade.

9.2.2 – Para realização de procedimentos cobertos por este contrato, será necessária autorização prévia da CONTRATADA, sendo obrigatória a apresentação da guia (pedido), emitida pelo médico assistente, com a justificativa da indicação.

9.2.3 – Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada pelo beneficiário, a CONTRATADA demandada terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário.

9.2.3.1 - Nos casos de solicitação de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial em que os prazos máximos para garantia de atendimento, previstos na RN nº 259, de 17 de junho de 2011, sejam inferiores ao prazo previsto no subitem 9.2.3, a resposta da CONTRATADA ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na RN nº 259, de 2011, da ANS.

9.2.3.2 - Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade – PAC e internações clínicas e cirúrgicas, o prazo será de até 10 (dez) dias úteis para apresentação de resposta direta ao beneficiário, informando as medidas adotadas para garantia da cobertura.

9.2.3.3 - Para os atendimentos de urgência e/ou emergência não há exigência de autorização prévia, sendo que o beneficiário titular ou seu responsável terá o prazo de 2 (dois) dias úteis para obtenção da autorização e apresentação desta à unidade prestadora do serviço.

9.2.4 – Para a autorização de Órteses e próteses e materiais especiais, serão observados os seguintes critérios:

- a) cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos;
- b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
- c) a classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como Órteses e Próteses deverá seguir a lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

9.2.5 – Para a autorização para o fornecimento de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, serão observados os seguintes critérios:

29/66

Registro Produto: 449.012/04-6



- a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

9.3 – DA PERÍCIA

9.3.1 – É facultado à CONTRATADA a exigência e realização de perícia médica no beneficiário, sempre que julgar necessário comprovar a necessidade da realização do procedimento solicitado.

9.3.2 – A CONTRATADA garante ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação de autorização ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência/emergência, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação previstas neste instrumento.

9.4 – DA JUNTA MÉDICA

9.4.1 - A CONTRATADA garantirá, em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimentos ou evento em saúde a ser coberto, a realização de junta médica ou odontológica, com vistas a solucionar a divergência quanto ao procedimento indicado. A junta médica ou odontológica será formada por 03 (três) profissionais, quais sejam, o assistente, o médico da CONTRATADA e o desempatador.

9.4.2 – Para formação da junta médica ou odontológica as notificações entre CONTRATADA, profissional assistente, desempatador e beneficiário poderão se dar por meio de Aviso de Recebimento – AR, telegrama, protocolo assinado pelo profissional assistente ou seu subordinado hierárquico, ligação gravada, por e-mail com aviso de leitura ou outro veículo de comunicação que comprove sua ciência inequívoca.

9.4.3 – Antes da decisão de formação da junta, a CONTRATADA poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, da qual observará os prazos de garantia de atendimento previstos na regulamentação vigente.

9.4.4 – Na formação da junta médica ou odontológica, o profissional assistente e o profissional da CONTRATADA poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador. O parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.

9.4.5 - A CONTRATADA garantirá profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.

9.4.6 - No tocante à cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde para a segmentação ambulatorial, serão observadas as seguintes disposições:



www.unimedtr.coop.br
Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
37410-083 Três Corações MG
T. (35) 3239-6000



V. 09/2019

I - cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e

II - o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

9.4.7 - A CONTRATADA instaurará junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a CONTRATADA discordar das marcas indicadas.

9.4.8 - A junta médica será composta somente por médicos e a junta odontológica somente por cirurgiões-dentistas.

9.4.9 - Poderá integrar como desempatador, se convidado, em comum acordo entre profissional assistente e o profissional da CONTRATADA, para opinar em assuntos de sua competência:

I – o cirurgião-dentista na junta médica; ou

II – o médico na junta odontológica.

9.4.10 - O desempatador da junta deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento solicitado, de acordo com a definição do Conselho Federal de Medicina – CFM ou do Conselho Federal de Odontologia – CFO.

9.4.11 - A CONTRATADA arcará com os honorários do desempatador, inclusive despesas de passagem e estadia, quando necessário. As despesas previstas serão devidas ao profissional assistente, quando solicitado a participar de junta presencial.

9.4.12 - A CONTRATADA notificará, simultaneamente, o profissional assistente e o beneficiário, ou seu representante legal com documento circunstanciado que conterá:

I – a identificação do profissional da CONTRATADA responsável pela avaliação do caso;

II – os motivos da divergência técnico-assistencial;

III – a indicação de quatro profissionais para formar a junta, acompanhada de suas qualificações de acordo com o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, ou currículo profissional;

IV – a previsão de prazo para a manifestação do profissional assistente;

V – a notificação de que na recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, haverá eleição, pela CONTRATADA, dentre os indicados;

VI – a informação de que o beneficiário ou o médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento;

31/66

Registro Produto: 449.012/04-6



ANS - n.º 35.903-3



VII – a informação de que a ausência não comunicada do beneficiário, em caso de junta presencial, desobrigará a CONTRATADA a cobrir o procedimento solicitado;

VIII – comunicada a ausência justificada do beneficiário, será agendada uma nova data para realização da Junta Médica presencial, ocasião em que será suspenso o prazo por 03 (três) dias úteis.

9.4.13 - O profissional assistente terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data do recebimento da notificação, para manter a indicação clínica ou acolher os motivos da divergência técnico-assistencial da CONTRATADA. Se o profissional assistente mantiver sua indicação clínica, compete-lhe escolher um dos profissionais sugeridos pela CONTRATADA para formação da junta. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá à CONTRATADA indicar imediatamente um profissional dentre os quatro sugeridos.

9.4.14 - Os profissionais sugeridos pela CONTRATADA serão, preferencialmente, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou odontológica ou por associação médica ou odontológica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho. Sendo facultada à CONTRATADA firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação dos quatro profissionais previstos anteriormente.

9.4.15 - A junta poderá ser realizada nas modalidades presencial ou à distância, definida a critério do desempatador, devendo observar os trâmites previstos na Resolução Normativa da ANS nº 424/2017 e suas alterações posteriores.

9.4.16 - O desempatador poderá solicitar, fundamentadamente, exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, caso em que será suspenso em 03 (três) dias úteis o prazo da garantia de atendimento, a partir da data da solicitação desses exames. Os exames solicitados pelo desempatador são cobertos pela CONTRATADA sem a necessidade de autorização prévia, observada o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época da solicitação de exames complementares, de acordo com a segmentação contratada.

9.4.16.1 – Caso o beneficiário deixe de realizar os exames complementares solicitados pelo desempatador, haverá prevalência da manifestação do profissional da CONTRATADA, sendo facultado ao beneficiário reiniciar o procedimento de autorização, solicitando-o novamente.

9.4.17 - A indicação constante do parecer conclusivo do desempatador pela não realização do procedimento, não caracteriza negativa de cobertura assistencial indevida por parte da CONTRATADA, após cumpridos todos os procedimentos estabelecidos na regulamentação vigente.

9.5 – DA REDE DE PRESTADORES REFERENCIADOS

9.5.1 – A rede de prestadores de serviço da CONTRATADA constará em sua página na internet, no endereço www.unimedtc.coop.br, limitada à abrangência

32/66/



www.unimedtr.coop.br
Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
37410-083 Três Corações MG
T. (35) 3239-6000



V. 09/2019

geográfica contratada e ao tipo de plano, podendo também ser consultada pelo telefone (35) 3239-6000 ou em sua sede administrativa à Avenida Dr. Moacir Rezende, nº 358 – Bairro: Centro – Três Corações/MG.

9.5.2 - A Relação de Prestadores de Serviços não é imutável, podendo sofrer alterações objetivando aprimoramento e aperfeiçoamento dos serviços.

9.5.3 – Exclusivamente à CONTRATADA fica reservado o direito de realizar e/ou solicitar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar a qualidade dos serviços prestados por seus Cooperados e/ou Credenciados ou não e apurar eventuais dúvidas ou esclarecimentos.

9.5.4 – Os médicos, hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios ou entidades correlatas de assistência à saúde Cooperados e/ou Credenciados pela CONTRATADA poderão ser substituídos por outros equivalentes, durante a vigência do contrato.

9.5.5 – É facultada a substituição de integrante da rede prestadora do plano contratado não hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação prévia com 30 (trinta) dias de antecedência.

9.5.5.1 – A disposição acima não se aplica no caso de profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico da sociedade cooperativa na forma da Lei 5.764/1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa médica ou odontológica, profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras e administradoras de benefício.

9.5.6 – É facultada a substituição de entidade hospitalar desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

9.5.6.1 – Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o Hospital obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta Hospitalar, a critério médico.

9.5.6.2 - Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

9.5.6.3 - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e a CONTRATANTE.

9.5.7 – As substituições de prestadores da rede credenciada da CONTRATADA são publicadas e disponibilizadas no seu Portal Corporativo na internet em www.unimed.coop.br e por meio da sua Central de Atendimento.

9.5.8 – A CONTRATADA garantirá o atendimento na rede do plano de saúde, com os médicos de plantão do corpo clínico dos estabelecimentos próprios/contratados.





9.6 – DA COPARTICIPAÇÃO

9.6.1 – A CONTRATADA cobrará das CONTRATANTES, toda vez que um beneficiário inscrito no plano fizer uso dos procedimentos/eventos cobertos, a coparticipação cujo valor está definido na **Proposta de Contratação**, anexa, de mesmo número e parte integrante deste contrato.

- a) Consulta Médica - 30% (trinta por cento), do valor da consulta
- b) Exames- 30% (trinta por cento), limitado ao teto de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento realizado;
- c) Terapias realizadas por outros Profissionais da área de Saúde (Fonoaudiólogos, Psicólogos, Nutricionistas, Terapia Ocupacional e Fisioterapeutas) - 30% (trinta por cento), do valor da terapia limitado ao teto de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento realizado;
- d) Procedimentos Ambulatoriais - 30% (trinta por cento), limitado ao teto de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento realizado.

9.6.2 – As cirurgias oftalmológicas inclusive (FACECTOMIA E CATARATA), as dermatológicas e demais, se realizadas em ambulatório, clínica ou mesmo em hospital, mas não caracterizadas como internação hospitalar; os atendimentos de urgência/emergência realizados em pronto socorro ou pronto atendimento; as sessões de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise; medicamento para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos; medicamentos registrados/regularizados na ANVISA que sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de acordo com a segmentação contratada do plano, realizadas em clínicas ou ambulatórios, são considerados como “PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS”, para efeitos da cobrança da coparticipação, bem como àqueles procedimentos previstos no anexo I do rol de procedimentos e eventos em saúde vigente.

9.6.2.1 - Internações Hospitalares clínicas, cirúrgicas, inclusive no regime de Hospital dia, será cobrada a coparticipação de R\$ 100,00 (cem reais) por evento de internação.

9.6.2.2 - a CONTRATADA se obriga ao custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por 12 meses de vigência contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico, ou unidade, psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

Ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação, nos 12 meses de vigência do contrato, será cobrada coparticipação do beneficiário no percentual de 45% (quarenta e cinco por cento) do custeio da conta hospitalar, bem como de cada diária excedida.

9.6.3 – O pagamento da coparticipação será feito diretamente à CONTRATADA, após a prestação do serviço, sendo discriminado e cobrado juntamente com a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA e demais valores.

9.6.4 – A coparticipação será paga independentemente se sua cobrança for realizada em mês diferente daquele em que ocorreu a utilização.



9.6.5 – Será de responsabilidade das CONTRATANTES o pagamento da coparticipação pela utilização de todos os beneficiários e dependentes inscritos no presente contrato, que será cobrada pela CONTRATADA, juntamente com fatura mensal.

9.6.6 – Os procedimentos classificados como de alta complexidade constam no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e seus anexos.

9.6.7 - Os valores das coparticipações definidas em percentuais serão alterados anualmente de acordo com a tabela de preços praticadas com a rede de prestadores.

9.6.8 - Os valores das coparticipações definidas em valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

9.7 – DA ATUALIZAÇÃO E BASE DO VALOR DA COPARTICIPAÇÃO

9.7.1 – As bases para o valor cobrado a título de coparticipação constam da Tabela de Reembolso e Coparticipação da CONTRATADA, disponível para consulta.

CLAUSULA X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 – Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada serão Preestabelecidos.

10.2 – Por ser um plano coletivo, o pagamento da contraprestação pecuniária e demais valores devidos será de responsabilidade das pessoas jurídicas CONTRATANTES, a exceção quanto aos demitidos e aposentados.

10.3 – A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA os valores relacionados na Proposta de Contratação, anexa, de mesmo número e parte integrante deste contrato, por cada beneficiário, mensalmente, através da emissão de fatura, conforme número dos inscritos no plano, ficando reservado o direito da CONTRATADA adotar outra forma de cobrança que melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

NOME COMERCIAL DO PLANO	COLETIVO EMPRESARIAL COM COPARTICIPAÇÃO LOCAL ENFERMARIA
NUMERO DO REGISTRO	449.012/04-6
SEGMENTAÇÃO DO PLANO	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
PER CAPTA	R\$130,00



10.4 – A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA – mensalidade – foi calculada com base no número de beneficiários a serem incluídos no plano considerando o seu perfil – idade, sexo e quantidade.

10.5 – Os ex-empregados das CONTRATANTES que contribuírem com o plano tem direito à manutenção nos termos previstos na regulamentação vigente, cuja contraprestações pecuniárias serão responsabilidades destes efetuarem o pagamento junto a CONTRATADA.

10.6 – Massa de beneficiários informada no ato da contratação consta na Proposta de Contratação adesão e ficha de inclusão, parte integrante deste contrato.

10.7 – Se anualmente, na data base do contrato, o número de beneficiários ficar abaixo do constante da Proposta de Contratação e/ou a sinistralidade ultrapassar o patamar acordado entre as partes, o valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA será imediatamente recalculado passando a integrar este contrato para todos os fins de direito, com aplicação e cobrança na competência subsequente ao mês da apuração, desde que notificada a CONTRATANTE com 10 dias de antecedência. Caso contrário, o reajuste será de acordo com o índice previsto no contrato.

10.7.1 – Para aplicação do preço recalculado em virtude da diminuição do número de beneficiários, e consequente sinistralidade acima do patamar acordado, além da notificação à CONTRATANTE, deverá ser iniciado junto à mesma o processo de negociação dos valores envolvidos, que deverá ser finalizado no prazo máximo 10 dias, e somente após as negociações concluídas e acordadas é que poderá ser aplicado o novo valor recalculado.

10.7.2 – A quantidade considerada é o somatório do número de beneficiários de todos os produtos integrantes deste contrato.

10.8 – As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela CONTRATANTE.

10.9 – O valor total é composto pelo resultado da soma da Contraprestação Pecuniária (mensalidade), da coparticipação, quando houver, e demais valores previstos neste instrumento e será processado até o dia 1º (primeiro) de cada mês, compreendendo a competência de 01 a 30 do mês anterior, devendo a fatura ser paga com prazo de 10 dias após a sua emissão.

10.10 – As mensalidades e demais valores de responsabilidade da CONTRATANTE serão pagas nos seus respectivos vencimentos, determinados na fatura ou no documento único de cobrança, conforme o caso.

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

10.12 – As faturas pagas com cheque serão consideradas quitadas somente após a sua compensação.



www.unimedtr.coop.br
 Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
 37410-083 Três Corações MG
 T. (35) 3239-6000



V. 09/2019

10.13 – O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato, quando cabível.

10.14 – Se a CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 02 (dois) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente a CONTRATADA para que não se sujeite as consequências da mora.

10.15 – Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

10.16 – Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, respeitada a variação por faixa etária e os reajustes.

10.17 – À CONTRATADA se reserva o direito de incluir o nome das CONTRATANTES nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato.

10.18 – Os valores das coparticipações definidas em valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Clausula de Reajuste de Preço.

CLAUSULA XI – DAS DEMAIS CONTRIBUIÇÕES

11.1 – Para fins da inscrição a CONTRATADA cobrará da CONTRATANTE o valor de R\$ 00,00 por beneficiário.

11.2 – Para fins de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação a CONTRATADA cobrará das CONTRATANTES o valor de R\$ 10,00 (dez reais), por unidade.

11.3 – Para fins de emissão de cópia do contrato a CONTRATADA cobrará da CONTRATANTE o valor de R\$ 10,00 (dez reais), por unidade.

11.4 – Em conformidade com a legislação vigente a CONTRATADA cobrará das CONTRATANTES quaisquer Impostos e Taxas, bem como despesas bancárias.

11.5 – Nenhum pagamento será reconhecido como efetivado pela CONTRATADA se a CONTRATANTE não possuir comprovante devidamente autenticado por quem de direito.

11.6 – Os valores das demais contribuições serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na clausulas de reajuste de preço.

CLAUSULA XII – DO REAJUSTE

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

37/66 *fw*





www.unimedtc.coop.br
 Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
 37410-083 Três Corações MG
 T. (35) 3239-6000

V. 09/2019

12.2 - Todos os valores previstos no presente contrato, incluindo a proposta de admissão serão reajustados automática e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, pela variação positiva acumulada dos últimos 12 (doze) meses do índice IGPM Índice Geral de Preço do mercado – da Fundação Getulio Vargas, ou, se este índice deixar de ser publicado, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

12.3 – Para fins de reajuste financeiro anual, não será aplicado reajuste negativo a este contrato de plano de assistência à saúde.

12.4 - Além do índice estipulado no item anterior, os preços também poderão ser reajustados anualmente pelo índice de reajuste técnico, caso seja apurada sinistralidade superior a 70% (setenta por cento) no período avaliado, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = \{(1+RT) \times (1+IROL) \times (1+RF) \times (1+AREM) - 1\} \times 100$$

RT: Reajuste Técnico Mínimo (calculado com base na sinistralidade, razão dos custos assistenciais líquidos pela receita e a meta definida em contrato);

RF: Reajuste Financeiro (percentual positivo de correção financeira para atualização dos custos assistenciais, considerando a inflação acumulada positiva no período de análise do contrato, composta por 12 meses, sendo o índice IGPM, disponível no site do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IROL: Percentual de impacto das novas coberturas incorporadas ao Rol de Procedimentos (no ano que não for disponibilizado novo rol de procedimento o valor do impacto será zerado);

AREM: Impacto do aumento de remuneração em função de negociação com a rede de prestadores assistenciais para o próximo período em relação ao vigente.

12.5 - A sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais líquidas e as receitas assistenciais diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos e a meta da sinistralidade estabelecida. A aplicação do reajuste ocorrerá na data base de aniversário, considerada como o mês de assinatura do contrato.

12.6 - O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 70% (setenta por cento), e será apurado conforme a seguinte fórmula:

Fórmula do Reajuste Técnico Mínimo (RT):



$$R_{\text{Técnica Mínima}} = \frac{S}{S_m} - 1$$

S = Corresponde a sinistralidade do período (mínimo de 12 meses)

S_m = Corresponde a meta de sinistralidade.

A sinistralidade é o índice que mensura o quanto da despesa assistencial líquida é representada nas contraprestações pecuniárias arrecadadas pela operadora, conforme a formulação descrita a seguir.

$$S = \frac{(EI - CF)}{CP}$$

Sendo que:

CP = Soma das Contraprestações Pecuniárias observadas nos últimos 12 (doze) meses;

EI = Soma dos Eventos Indenizáveis observados nos últimos 12 (doze) meses;

CF = Soma das Coparticipações/Franquias observadas nos últimos 12 (doze) meses;

12.7 – REAJUSTE DE CONTRATO COM 30 OU MAIS BENEFICIÁRIOS

12.7.1 – REAJUSTE ANUAL

12.7.1.1 – Nos termos da Lei, os valores previstos neste contrato (contraprestação pecuniária, coparticipação, contribuições, inscrição e demais), serão reajustados anualmente, a partir da data de assinatura deste contrato, levando-se em conta a inflação verificada no período, medida pelo IGPM, divulgado no mês imediatamente anterior ao do aniversário do contrato, referente ao acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

a) Caso este índice deixe de ser publicado, será substituído por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, por meio de aditamento contratual.

12.7.1.2 – Além do reajuste pelo índice previsto neste contrato a Contraprestação Pecuniária poderá ser revista, mediante negociação entre as partes, se a receita recebida, deduzida a despesa administrativa, não for suficiente para cobrir as despesas no atendimento às coberturas do contrato, cuja sistemática é denominada **REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE** e ainda quando houver aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venham a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

39/66



12.7.1.3 – Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de novos beneficiários, independente da data, terão o primeiro reajuste na data base deste contrato, entendendo-se esta como data base única para fins de reajuste.

12.7.2 – REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE

12.7.2.1 – APURAÇÃO DA SINISTRALIDADE

a) Com objetivo de garantir a solvência do plano, na data de aniversário do contrato haverá verificação se a sinistralidade ultrapassou a meta de 70%, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apurada conforme a seguinte fórmula:

$$S = [(DA - C)/R] \times 100$$

onde:

S = Sinistralidade (%);

DA = Despesas Assistenciais (R\$);

C = Recuperação de coparticipação (R\$);

R = Receita de Contraprestação Pecuniária (R\$).

b) Tendo em vista a utilização através do SUS e consequentemente o custo destes procedimentos a serem ressarcidos, que são eventos assistenciais, as partes ajustam que, quando houver a utilização por parte dos beneficiários vinculados a este contrato na rede pública e a ANS enviar a cobrança para fins ressarcimento, a CONTRATADA, esgotados todos os recursos administrativos de defesa, computará estes valores ao cálculo da sinistralidade para fins de reajuste.

12.7.2.2 – APURAÇÃO DO ÍNDICE

a) Além do índice IGPM, acima estipulado, o **REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE** será aplicado quando a sinistralidade do presente contrato for superior à meta de 70% e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$R = [(S / Sm) - 1] \times 100$$

onde:

R = Índice de reajuste apurado (%);

S = Sinistralidade apurada no período (%);

Sm = Meta de Sinistralidade expressa em contrato (%).

b) A aplicação do **REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE** será realizada de forma complementar ao índice contratual, conforme a seguinte fórmula:

$$\{[(1 + \text{REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE}) \times (1 + \text{IGPM})]\} \times 100$$

12.7.2.3 – Qualquer reajuste no contrato será comunicado à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos prazos e condições por ela estabelecidos.



12.7.2.4 – Reconhecem as partes que os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os serviços assegurados, os excluídos ou não assegurados, as carências, os limites, os benefícios e o número de beneficiários vinculados no ato da contratação e a carga tributária que recai sobre as operadoras de planos de saúde. Assim, qualquer alteração destes itens poderá ensejar a repactuação dos valores devidos, com a devida anuência da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

12.7.2.5 – Fica ainda estabelecido, em função da publicação da RN 195, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que:

- a) 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;
- b) O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes nessa cláusula;
- c) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato;
- d) No caso da legislação autorizar reajuste em período inferior a 12 (doze) meses a CONTRATADA adotará este novo período de reajuste.

12.8 – REAJUSTE DE CONTRATO COM MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS POR AGRUPAMENTO DE CONTRATOS – POOL DE RISCO

12.8.1 – Para fins deste contrato considera-se:

- a) **AGRUPAMENTO DE CONTRATOS:** medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles;
- b) **CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO:** contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 29 (vinte e nove) beneficiários;
- c) **PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:** período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deverá ser apurada nos termos da legislação vigente;
- d) **PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE:** período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado;
- e) **PERÍODO DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE:** período em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento; e
- f) **POOL DE RISCO:** Risco compartilhado entre as empresas e entidades integrantes do agrupamento de contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários.

12.8.2 – Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, RN 309/12 e posteriores alterações, obrigatoriamente, integrarão o agrupamento de contratos coletivos da carteira da



CONTRATADA, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual e por sinistralidade, todos os contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários.

12.8.3 – Tal como preceitua a legislação, a CONTRATADA se compromete a informar à ANS os reajustes aplicados nesse contrato.

12.8.4 – A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado, mantido ou excluído do agrupamento será verificada na data de sua assinatura e, anualmente reavaliada a cada aniversário.

12.8.5 – Para verificação da quantidade, serão considerados os beneficiários vinculados a todo os plano da pessoa jurídica CONTRATANTE.

12.8.6 – Se este contrato, na data de sua assinatura, atender ao critério para integrar o agrupamento, sofrerá reajuste único no percentual apurado para todo o grupo – Pool de Risco, no seu mês de aniversário.

12.8.7 – Se este contrato, a cada aniversário, atender ao critério para ser mantido no agrupamento, continuará sofrendo o reajuste único no percentual apurado para todo o grupo.

12.8.8 – Se na data de apuração – assinatura ou aniversário, este contrato não atender ao critério para ser agregado ou mantido no agrupamento, terá o percentual de reajuste apurado de forma individualizada, com base no número de beneficiários, de acordo com o perfil de utilização (sinistralidade), respeitando os critérios estabelecidos para os contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários.

12.8.9 – Ficará disponível no sítio eletrônico da CONTRATADA, no endereço www.unimedtc.coop.br o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento, os contratos que receberão o reajuste com seu código e o número de registro dos produtos na ANS.

12.8.10 – O critério para o reajuste da contraprestação pecuniária obedecerá às disposições abaixo:

12.9 – REAJUSTE ANUAL

12.9.1 – Nos termos da Lei, os valores previstos neste contrato (contraprestação pecuniária, coparticipação, contribuições, e demais valores), serão reajustados anualmente, a partir da data de assinatura deste contrato, levando-se em conta a inflação verificada no período, medida pelo IGPM, divulgado no último mês do **PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE** definido pela CONTRATADA o agrupamento de contratos – Pool de Risco, referente ao acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

a) Caso este índice deixe de ser publicado, será substituído por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, por meio de aditamento contratual.

12.9.2 – Além do reajuste pelo índice previsto neste contrato a Contraprestação Pecuniária será revista se a receita recebida, deduzida a despesa administrativa, não

42/66

Registro Produto: 449.012/04-6



for suficiente para cobrir as despesas no atendimento às coberturas dos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários integrantes do agrupamento, cuja sistemática é denominada **REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE** e ainda quando houver aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venham a afetar o equilíbrio econômico-financeiro do Pool de Risco.

12.9.3 – Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de novos beneficiários, independente da data, terão o primeiro reajuste na data base deste contrato, entendendo-se esta como data base única para fins de reajuste.

12.10 – REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE

12.10.1 – VERIFICAÇÃO DA SINISTRALIDADE

a) Com o objetivo de garantir a solvência do plano, haverá verificação se a sinistralidade da carteira do agrupamento ou Pool de Risco, ultrapassou a meta de 70%, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no **PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE**, definido de 1º de abril a 31 de março de cada ano, conforme a seguinte fórmula:

$$S = [(DA - C)/R] \times 100$$

onde:

S = Sinistralidade (%);

DA = Despesas Assistenciais (R\$);

C = Recuperação de coparticipação (R\$);

R = Receita de Contraprestação Pecuniária (R\$).

c) Tendo em vista a utilização através do SUS e consequentemente o custo destes procedimentos a serem ressarcidos, que são eventos assistenciais, as partes ajustam que, quando houver a utilização por parte dos beneficiários vinculados aos contratos integrantes do Pool de Risco na rede pública e a ANS enviar a cobrança para fins ressarcimento, a CONTRATADA, esgotados todos os recursos administrativos de defesa, computará estes valores ao cálculo da sinistralidade para fins de reajuste.

12.10.2 – APURAÇÃO DO ÍNDICE

a) Além do índice IGPM, acima estipulado, o **REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE** será aplicado ao agrupamento ou Pool de Risco, quando a sinistralidade do grupo for superior à meta de 70%, e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$R = [(S / S_m) - 1] \times 100$$

onde:

R = Índice de reajuste apurado (%);

S = Sinistralidade apurada no período (%);

S_m = Meta de Sinistralidade expressa em contrato (%).



b) A aplicação do **REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE** será realizada de forma complementar ao índice contratual, conforme a seguinte fórmula:

$$\{[(1 + \text{REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE}) * (1 + \text{IGPM})]\} * 100$$

12.10.2.1 – Qualquer reajuste no contrato será comunicado à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos prazos e condições por ela estabelecidos.

12.10.2.2 – Reconhecem as partes que os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os serviços assegurados, os excluídos ou não assegurados, as carências, os limites, os benefícios e o número de beneficiários vinculados no ato da contratação e a carga tributária que recai sobre as operadoras de planos de saúde. Assim, qualquer alteração destes itens poderá ensejar a repactuação dos valores devidos, com a devida anuência da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

12.10.2.3 – Fica ainda estabelecido, em função da publicação da RN 195, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que:

- a) 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;
- b) O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes nessa cláusula;
- c) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato;
- d) No caso da legislação autorizar reajuste em período inferior a 12 (doze) meses a CONTRATADA adotará este novo período de reajuste.

12.11 – DO REAJUSTE E BASE DE VALOR PARA A COPARTICIPAÇÃO

12.5.1 – A coparticipação dos procedimentos cobrados acompanhará Tabela vigente ao ano, cujo reajuste se dará anualmente, a partir da data de assinatura deste contrato

CLAUSULA XIII – FAIXAS ETÁRIAS E SUA VARIAÇÃO PERCENTUAL

13.1 – Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário inscrito que resulte em seu deslocamento para a faixa etária superior, a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA será reajustada automaticamente, no mês subsequente ao de seu aniversário, conforme os percentuais definidos na Proposta de Contratação, anexa, de mesmo número e parte integrante deste contrato.



IDADE	Percentual
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	41,78%
24 a 28 anos	14,69%
29 a 33 anos	4,27%
34 a 38 anos	2,61%
39 a 43 anos	14,62%
44 a 48 anos	21,58%
49 a 53 anos	23,70%
54 a 58 anos	6,88%
59 anos ou mais	83,37%

13.2 – O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

13.3 – A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

13.4 – Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajuste anual.

13.5 – A variação das mensalidades por mudança de faixa etária incidirá sobre os beneficiários **aposentados e demitidos** que participarem do plano de saúde, não havendo aplicação aos beneficiários ativos das CONTRATANTES, considerando que foi estipulado valor de mensalidade a preço único, com base na tabela de preço por faixa etária.

IDADE	VALOR
0 a 18 anos	R\$ 138,98
19 a 23 anos	R\$ 197,04
24 a 28 anos	R\$ 225,98
29 a 33 anos	R\$ 235,64
34 a 38 anos	R\$ 241,80
39 a 43 anos	R\$ 277,15
44 a 48 anos	R\$ 336,96
49 a 53 anos	R\$ 416,81
54 a 58 anos	R\$ 445,49
59 anos ou mais	R\$ 816,89

CLAUSULA XIV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

45/66



14.1 – A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

14.1.1 – Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) por rescisão do presente contrato;
- b) por perda do vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) por fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- d) por pedido de exclusão do beneficiário titular;
- e) por falecimento.

14.1.2 – Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista neste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;
- d) pela perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98, e RNs 279/2011, 186/2009, e suas posteriores alterações;
- e) por falecimento do titular ou do próprio dependente, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98, e RNs 279/2011, 186/2009, e suas posteriores alterações.

14.2 – Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários, devendo observar o seguinte:

- a) O beneficiário titular deverá solicitar diretamente à CONTRATANTE, por meio do preenchimento de formulário específico, a sua exclusão ou do seu dependente vinculado ao plano de saúde;
- b) A CONTRATANTE se obriga a cientificar a CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, a partir de então, ficará a CONTRATADA responsável pelo processamento da exclusão.

14.2.1 – A falta de comunicação dentro do prazo da alínea “b” acima, sem que a CONTRATANTE tenham providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à CONTRATADA, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à CONTRATADA que fornecerá o comprovante da solicitação.



14.2.2 – O cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário tem efeito imediato e caráter irrevogável a partir da ciência da CONTRATADA.

14.2.3 – **As despesas decorrentes de eventuais utilizações indevidas dos serviços após a data de solicitação de exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de responsabilidade da CONTRATANTE, a quem competirá arcar integralmente com o custo.**

14.3 – Havendo o falecimento de beneficiários vinculados a este plano de saúde, é obrigatória a comunicação do fato à CONTRATADA em até 05 (cinco) dias úteis.

14.4 – A CONTRATADA somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) 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 9656/1998.
- c) inadimplência (somente nos casos de beneficiário, aposentados e demitidos);
- d) na hipótese do subitem 14.2.1.

14.5 - A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

14.6 - A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

14.7 - As exclusões de BENEFICIÁRIOS deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por escrito ou meio eletrônico à UNIMED, até 15 dias de antecedência do vencimento da fatura, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, sendo garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.

CLAUSULA XV – SUSPENSÃO/RESCISÃO

15.1 – SUSPENSÃO DO CONTRATO

15.1.1 – O atraso no pagamento da fatura por parte da CONTRATANTE, por período superior a 30 (trinta) dias, implicará sempre na suspensão total do atendimento até a efetiva liquidação do débito, sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato e requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

15.2 – RESCISÃO DO CONTRATO

47/66



15.2.1 - Este contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência de 12 (doze) meses, por ambas as partes, mediante notificação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

a) Nos termos previstos na cláusula 15.2.1, nos casos de contrato celebrado com o Empresário Individual, a CONTRATADA apresentará as razões da rescisão no ato da comunicação.

b) A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

c) A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 60 (sessenta) dias mencionado, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

15.2.2 - Verificada a ilegitimidade da CONTRATANTE, Empresário Individual, no aniversário deste contrato, a CONTRATADA promoverá a rescisão deste instrumento, mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, caso não seja comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

15.2.3 - A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar, anualmente, no mês de aniversário do contrato, a condição de regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade de beneficiários sob pena de rescisão contratual.

15.2.4 - Antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência do contrato é facultado a CONTRATANTE denunciar o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada na CONTRATADA, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.2.5 - Caso a CONTRATANTE manifestem intenção de rescindir o presente contrato, antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, ficarão sujeitas ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades devidas, de acordo com o número de beneficiários inscritos no plano, e que seriam devidas até o término do citado prazo, a título de patamar mínimo de perdas e danos, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

15.2.6 - A não concordância por parte da CONTRATANTE com o índice de reajuste anual, do contrato poderá implicar a rescisão deste contrato.

15.2.7 - Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, com prazo determinado para cumprimento das normas legais, nas seguintes situações:

- a) Prática de fraude comprovada;
- b) Declaração de informações falsas ou incompletas, ou omissão destas, influenciando na celebração do contrato;

48/66



- c) Inadimplência da CONTRATANTE por período superior a 60 (sessenta) dias, com notificação a CONTRATANTE, sem prejuízo do direito da CONTRATADA suspender a assistência e de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias, bem inscrição no cadastro de inadimplentes;
- d) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste contrato;
- e) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.
- f) Tentativa de impedir ou dificultar a realização de quaisquer exames ou diligências necessários a resguardar os direitos da CONTRATADA, desde que devidamente comprovada;
- g) Falta dos comprovantes legais capazes de atestar, legitimidade, elegibilidade dos beneficiários, bem como a condição de regularidade cadastral da CONTRATANTE junto à Receita Federal e nos órgãos competentes;
- h) Se não for conservado o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme previsto na Proposta de Admissão, parte integrante deste contrato, ressalvado o disposto na cláusula 15.2.8.

15.2.8 - Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na Proposta de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a CONTRATANTE pagar o equivalente à primeira faixa etária, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

15.2.9 – Após o prazo concedido não for recomposto o número de participantes as partes poderão rescindir o contrato e convencionar novas condições contratuais, mediante a celebração de novo instrumento.

15.2.10 - Nos casos de rescisão do presente contrato, em havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a CONTRATADA a arcar com as respectivas despesas originadas até o último dia da rescisão, correndo a partir desta data, a responsabilidade da CONTRATANTE arcar integralmente com tais custos, independentemente de qualquer comunicação prévia.

15.2.11 - É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolherem e devolverem as respectivas carteiras de identificação.

15.2.12 - A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, por acordo entre as partes, ou pelos meios legais cabíveis, as eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao(s) beneficiário(s), após a rescisão do contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

15.2.13 – A CONTRATADA se reserva no direito de incluir o nome da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato, sem prejuízo de requerer judicial ou extrajudicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.



15.2.14 - A CONTRATANTE reconhece que é devido, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento nos casos de suspensão ou rescisão por inadimplência.

15.2.15 - As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações são disponibilizadas pela CONTRATADA a qualquer tempo para consulta pelos beneficiários.

15.2.16 – Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo no caso de:

- a) ocorrência de qualquer ato fraudulento praticado pelos prepostos da CONTRATANTE, ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;
- b) omissão ou distorção de informações em prejuízo da CONTRATADA ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- c) atraso no pagamento da fatura por período superior a 30 (trinta) dias;
- d) identificação de CNPJ baixado ou inativo junto a Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- e) inatividade do contrato, permanecendo o mesmo sem beneficiários ativos por 60 (sessenta) dias ou mais.

15.2.16.1– Caso a CONTRATANTE rescinda este contrato ou tenha este contrato rescindido por inadimplência, antes do período de vigência mínima de 12 (doze) meses, ficará sujeita ao pagamento do valor das contribuições que seriam devidas até o término do citado prazo, a título de indenização mínima por perdas e danos, ressalvado o direito da CONTRATADA exigir complemento do valor, caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

15.2.16.2 – A suspensão ou rescisão do contrato produz efeito em relação a todo beneficiário nele inscrito.

15.3 – DENÚNCIA DO CONTRATO

15.3.1 – O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado, poderá ser denunciado por qualquer das partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, desde que esteja em dia com suas obrigações.

15.3.2 – A falta de comunicação, nos termos do item anterior, implica na continuidade das obrigações ora pactuadas.

15.3.3 – Durante o prazo de 60 (sessenta) dias não serão aceitas inclusões ou exclusões de beneficiários.

15.3.4 – É obrigação da CONTRATANTE, em caso de denúncia, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, o pagamento das despesas oriundas da utilização indevida dos beneficiários.

50/66



15.3.5 – No caso de denúncia do contrato por parte da CONTRATANTE, os beneficiários poderão assinar novo contrato Individual/Familiar, em até 30 (trinta) dias a contar do cancelamento, observadas as condições e tabelas vigentes, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

15.3.6 – Cabe à CONTRATANTE informar os beneficiários inscritos sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil, para o cumprimento do prazo de opção de que trata o item anterior.

15.3.7 – Em caso de rescisão/denúncia deste contrato, os beneficiários serão comunicados sobre o direito a portabilidade de carências.

15.3.8 – A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa em favor da CONTRATADA quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos beneficiários vinculados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como, aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em processo judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

CLAUSULA XVI – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

16.1 – Esta cláusula regulamenta o direito de manutenção da condição de beneficiário de plano de saúde do ex-empregado, demitido sem justa causa e aposentado, que contribuiu para o pagamento de sua mensalidade neste Plano Privado de Assistência à Saúde.

16.1.1 – Este direito decorre, exclusivamente, do vínculo do beneficiário com as CONTRATANTES ser em caráter empregatício.

16.2 – Para efeitos desta cláusula definimos:

- a) **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 oferecida 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;
- b) **MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL:** 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 os empregados ativos; e
- c) **NOVO EMPREGO:** novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

16.3 – DO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

51/66





16.3.1 – A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, no caso de rescisão do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do plano.

16.3.2 – O demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o recebimento da comunicação inequívoca do ex-empregador juntamente com a comunicação de Aviso Prévio, a ser cumprido ou indenizado.

16.3.3 – O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro meses).

16.4 – DO APOSENTADO

16.4.1 É assegurado ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, no caso de aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, por tempo indeterminado, desde que assuma o pagamento integral do plano.

16.4.1.1 – Na hipótese de contribuição por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção à razão de um ano para cada ano de contribuição.

16.4.2 – O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o recebimento da comunicação inequívoca do ex-empregador ou da comunicação da aposentadoria.

16.5 – DAS CONDIÇÕES DE MANUTENÇÃO

16.5.1 – Em caso de morte do titular, demitido sem justa causa ou aposentado, o direito de manutenção é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

16.5.2 – A condição de beneficiário assegurada deixará de existir por:

- a) Admissão do titular, demitido sem justa causa ou aposentado, em novo emprego que garanta o acesso a plano de saúde, independente de sua inscrição no mesmo;
- b) Decurso do prazo.

16.5.3 – A perda da condição de manutenção implica na exclusão automática do beneficiário titular e seus dependentes.

16.5.4 – O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à sua manutenção como beneficiário.



16.5.5 – Nos planos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

16.6 – DO DIREITO DA EMPRESA CONTRATANTE

16.6.1 – Para manutenção do ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado como beneficiário de plano privado de assistência a saúde, os empregadores poderão escolher, no ato da assinatura deste contrato:

16.6.1.1 – Manter o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência a saúde em que se encontrava quando da demissão sem justa causa ou aposentadoria.

- a) Neste caso a sinistralidade dos ex-empregados será computada à dos empregados ativos para fins de composição e aplicação do reajuste anual.
- b) A CONTRATADA emitirá boleto individual para cada beneficiário titular em gozo do direito de manutenção.

16.6.1.2 – Contratar um Plano Privado de Assistência à Saúde **exclusiva para seus ex-empregados, demitida** sem justa causa ou aposentados, denominado CONTRATO DE INATIVOS.

- a) Neste caso a sinistralidade dos ex-empregados será computada à dos demais integrantes de planos coletivos empresariais exclusivos da carteira da CONTRATADA, para fins de composição e aplicação do reajuste anual.
- b) A CONTRATADA emitirá boleto individual para cada beneficiário titular em gozo do direito de manutenção.
- c) A data de apuração da sinistralidade para fins de aplicação de reajuste do plano exclusivo de ex-empregados será sempre no mês de julho de cada ano, independente da data da adesão, cuja aplicação será na data de aniversário do contrato exclusivo.

16.6.2 – É obrigação da CONTRATANTE, ex-empregadora, a formalização da comunicação inequívoca ao ex-empregado, sobre o seu direito, juntamente com a comunicação de Aviso Prévio, a ser cumprido ou indenizado.

- a) A comunicação deverá ser feita em papel timbrado da CONTRATANTE em que o beneficiário manteve vínculo empregatício, em 2 (duas) vias, com protocolo de recebimento do ex-funcionário, assegurando sua ciência.
- b) A CONTRATANTE deverá obrigatoriamente, anexar uma via desta comunicação juntamente com o formulário ou solicitação de exclusão do ex-empregado.
- c) A CONTRATADA somente procederá à exclusão do ex-empregado de posse da comunicação inequívoca e do formulário ou solicitação de exclusão, devidamente preenchido e assinado.

16.6.3 – A contagem do prazo de 30 (trinta) dias para que o ex-funcionário se manifeste somente se inicia a partir da comunicação inequívoca sobre seu direito de



opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

16.6.4 – O não envio à CONTRATADA, da comunicação inequívoca e do formulário ou solicitação de exclusão do ex-empregado ou a falta de um deles, ou ainda a falta de alguma das informações exigidas, enseja na manutenção do ex-empregado no contrato dos funcionários ativos e cobrança, na fatura.

16.7 – CONDIÇÕES DIVERSAS

16.7.1 – O direito assegurado ao beneficiário, demitido sem justa causa ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

16.7.2 – A rescisão ou cancelamento deste contrato, independente do motivo, ensejará na exclusão de todos os beneficiários, ex-empregados em gozo do benefício.

16.7.3 – No caso de perda do direito de manutenção, rescisão ou cancelamento deste contrato, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, por contratar um plano Individual ou Familiar da CONTRATADA, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, no valor da Tabela de Preços vigente à época.

a) Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

16.7.4 – O ex-empregado demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado, bem como seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário, poderão exercer a portabilidade de carências para qualquer operadora, nos termos da legislação vigente.

16.7.5 - No caso de manutenção dos beneficiários inativos no mesmo plano dos ativos o preço do plano de inativos será por faixa etária de acordo com o custo por faixa etária atribuído aos ativos.

16.7.5.1 - As contraprestações pecuniárias em preço único foram calculadas com base na soma total do preço pago por cada beneficiário, de acordo com sua faixa etária, dividido pelo número total de beneficiários no momento da contratação.

16.7.6 – A CONTRATANTE obrigam-se a apresentar tabela de preço por faixa etária aos beneficiários mesmo que tenha sido negociado preço único, considerando que os ex-empregados serão mantidos no plano por faixa etária.

16.7.7 - A CONTRATANTE poderá subsidiar o plano dos ex-empregados ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo para isso o valor correspondente ser explicitado pelas CONTRATANTES aos BENEFICIÁRIOS TITULARES.

16.7.7 - A participação financeira parcial ou total das CONTRATANTES no plano dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados quando ocorrer, poderá ser estipulada a critério do empregador, podendo variar conforme nível



de plano ou outra forma desejada, devendo obrigatoriamente ser apresentada aos titulares na contratação do plano e sempre que houver alteração.

CLAUSULA XVII – DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1 – Inexistindo vaga na acomodação contratada pelo beneficiário, no estabelecimento próprio ou credenciado pelo plano, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação superior, sem ônus adicional, permanecendo esta situação até a disponibilidade da acomodação do plano contratado.

17.2 – Havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço, integrante da rede prestadora do produto contratado, poderá a operadora remover o beneficiário, arcando com o ônus desta, considerando suas condições clínicas e desde que autorizado pelo médico assistente.

17.3 – As internações em acomodações superiores às contratadas, se disponíveis, por opção do beneficiário, implicam pagamento, pelo mesmo ou por seu responsável, diretamente ao hospital ou prestador de serviços, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, as quais devem ser acordadas previamente, por iniciativa do beneficiário ou por seu responsável, sempre em obediência às peculiaridades locais.

17.4 – É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda de exclusão de beneficiário, seja titular ou dependente, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente contrato.

17.5 – Qualquer tolerância, concessão ou liberalidade não implica em perdão, novação, renúncia ou alteração do ora pactuado e não gera o direito adquirido.

17.6 – A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o qual a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

17.7 – Os beneficiários, por intermédio da CONTRATANTE autorizam a CONTRATADA a prestar todas as informações assistenciais relativas aos atendimentos solicitadas pelos órgãos de normatização e fiscalização da assistência à saúde, em especial a colocação do Código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde – CID nas guias em papel e nos formulários eletrônicos em conformidade com o Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS.

17.8 – A CONTRATANTE se obriga a fornecer cópia e assinar qualquer documento a ser solicitado pela CONTRATADA para fins de atendimento ao processo de Impugnação do Ressarcimento ao SUS, demais normas ou solicitação da ANS, sob

55/66

Registro Produto: 449.012/04-6



pena de pagamento da conta cuja defesa tenha sido indeferida por falta dos documentos.

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

17.10 – As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente, relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução 1931/09, do Conselho Federal de Medicina.

17.11 – Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o beneficiário titular deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

17.12 – A responsabilidade da CONTRATADA está restrita exclusivamente as coberturas previstas em Lei e aos compromissos explícitos nas diversas cláusulas e condições que regem este Contrato.

17.13 – É obrigação da CONTRATANTE, comunicar formalmente qualquer alteração de seus dados cadastrais, inclusive mudança de endereço, sob pena das sanções previstas em lei, sendo que, assim não procedendo isentará a CONTRATADA de qualquer responsabilidade ou consequência.

17.14 – As despesas assistenciais serão pagas diretamente pela CONTRATADA aos seus cooperados, contratados e credenciados.

17.15 – Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

17.16 – Integram este Contrato para todos os fins de direito, valendo este como protocolo de recebimento dos mesmos, desde que devidamente assinados e rubricados, os seguintes documentos:

- a) A Carta de Orientação ao Beneficiário, a Entrevista Qualificada, a Declaração de Saúde e seus anexos;
- b) O Formulário de Inclusão;
- c) O Termo de Solicitação de Inclusão de Dependentes;
- d) O Formulário de Exclusão;
- e) O Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde (MPS);
- f) O Guia de Leitura Contratual (GLC);
- g) A Declaração de Ciência do Plano Referência;
- h) A Tabela de Reembolso e Coparticipação;
- i) O Material Explicativo;
- j) A Tabela TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar;
- k) A Proposta de Contratação.

17.17 – Na falta de prestador de serviço credenciado ou de recursos técnicos na abrangência geográfica deste contrato, caberá exclusivamente à CONTRATADA indicar prestador pertencente à Rede Básica CREDENCIADA, integrante do Sistema

56/66

Registro Produto: 449.012/04-6



Nacional Unimed, que possua recursos técnicos necessários para a realização do procedimento indicado ao beneficiário, desde que previsto na segmentação coberta.

17.18 – OUVIDORIA DA CONTRATADA:

- a) Pelo site: www.unimedtc.coop.br
- b) Por e-mail: ouvidoria@unimedtc.coop.br
- c) Pessoalmente ou por carta: Avenida Dr. Moacir Rezende, nº 358 – Bairro: Centro, Três Corações – MG, CEP 37.410.083.

17.19 – ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar: É a autarquia encarregada da regulação, normatização, controle e fiscalização dos planos de saúde.

17.20 – Por intermédio da CONTRATANTE, os beneficiários autorizam previamente a colocação do CID-10 nas guias TISS por nossa rede cooperada, contratada ou credenciada.

17.21 – Os beneficiários poderão mudar de plano desde que observadas as regras para a Portabilidade de Carências.

CLAUSULA XVIII – RESPONSABILIDADE SOCIAL

18.1 – A CONTRATADA, como signatária de projetos de responsabilidade social, bem como certificada pelo selo nacional de Responsabilidade Social outorgado pela Unimed do Brasil, pugna pelas orientações que seguem, considerando inclusive condição restritiva para contratar com as empresas alheias a essas recomendações:

18.2 – Respeitar a legislação atual que proíbe o trabalho de crianças e adolescentes com menos de 16 anos, exceto na condição de aprendizes a partir de 14 anos;

18.3 – Desenvolver esforços para a redução, reutilização e reciclagem de materiais e recursos; tais como energia, água, produtos tóxicos e matérias primas, buscando ainda a implantação de processos de destinação adequada de resíduos;

18.4 – Oferecer condições que não sejam prejudiciais ao desenvolvimento físico, psíquico, moral e social de seus colaboradores.

CLAUSULA XIX - DEFINIÇÕES

19.1 – Para os efeitos deste contrato são adotadas as seguintes definições:

19.1.1 – ACIDENTE DO TRABALHO: é qualquer acontecimento casual, fortuito e imprevisto que ocorra com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto, nos termos da legislação trabalhista.

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

19.1.3 – ACOMODAÇÃO HOSPITALAR COLETIVA (STANDARD – ENFERMARIA): Quarto com mais de 01 (um) leito, sem banheiro privativo e sem direito à acompanhante, exceto nos casos previstos em lei.

57/66



19.1.4 – ACOMODAÇÃO HOSPITALAR INDIVIDUAL (EXECUTIVO – QUARTO PRIVATIVO – APARTAMENTO): Quarto individual com 01 (um) leito e banheiro privativo.

19.1.5 – ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, em conformidade com a RN 196/09, da ANS.

19.1.6 – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: Autarquia, sob regime especial, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

19.1.7 – AGRAVO DE CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: Acréscimo temporário no valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA do plano privado de assistência à saúde, oferecido ao consumidor que se declare portador de doenças ou lesões preexistentes, para que este tenha direito integral à cobertura contratada, como alternativa à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária.

19.1.8 – AMBULATÓRIO: Decreto nº 52.464 de 12/09/63, art. 3º, nº 9 – "Ambulatório é um serviço destinado a diagnóstico ou tratamento de pacientes sem internação".

19.1.9 – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO: Especificação nominal dos estados ou municípios que integram as áreas geográficas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

19.1.10 – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: Categorização do tipo de extensão territorial em que o plano de saúde possui cobertura.

19.1.11 – ATENDIMENTO (OU PROCEDIMENTO) AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, consultório ou clínica incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura própria do segmento hospitalar (internação), para o atendimento.

19.1.12 – ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: Todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

19.1.13 – ATIVIDADE COOPERATIVADA: é o trabalho e a prestação de serviços médicos de atendimento à saúde praticado por médicos cooperados, reunidos em uma sociedade cooperativa, nos termos da Lei 5764/71.

19.1.14 – BENEFICIÁRIO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

19.1.15 – CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridade do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

19.1.16 – CARÊNCIA: Período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

19.1.17 – CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO: é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde devendo ser entregue no momento da assinatura do contrato.





19.1.18 – CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é o documento que comprova a identificação e inscrição do beneficiário na operadora.

19.1.19 – CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10ª revisão.

19.1.20 – COPARTICIPAÇÃO: Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.

19.1.21 – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT: Cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, contados a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados, exclusivamente, às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

19.1.22 – COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.

19.1.23 – COMPANHEIRO (A) DE BENEFICIÁRIO (A) TITULAR: pessoa que conviva no regime de união estável em relação ao titular do plano, sendo esta relação homo ou heterossexual.

19.1.24 – CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): Órgão colegiado, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar; deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

19.1.25 – CONSULTA MÉDICA: é o ato realizado pelo médico, em uma das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

19.1.26 – CONSULTA/SESSÃO REALIZADA POR OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE OU PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS: Atendimento realizado por profissionais das áreas de psicologia, fonoaudiologia, nutricionismo, terapia ocupacional e fisioterapia, reconhecidos por seus conselhos de classe, mas que não são médicos.

19.1.27 – CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA (MENSALIDADE): Pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.

19.1.28 – CONTRATADA – UNIMED TRÊS CORAÇÕES: é a operadora de planos privados de assistência à saúde, descrita e qualificada neste instrumento, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de rede própria ou por ela contratada.

19.1.29 – CONTRATANTE: é a pessoa jurídica, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus vinculados.

19.1.30 – CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica (CONTRATANTE) por relação empregatícia ou estatutária.



19.1.31 – CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

19.1.32 – CONTRATO DE INATIVOS: plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, para atendimento ao disposto na RN 279/11, contratado em separado do instrumento principal – para os funcionários ativos – e com a vigência atrelada a este.

19.1.33 – CONTRATO INDIVIDUAL: é aquele oferecido para livre adesão de pessoas físicas sem seu grupo familiar.

19.1.34 – CONTRATO FAMILIAR: é aquele em que é facultado ao beneficiário titular, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

19.1.35 – CONTRIBUIÇÃO: Refere-se ao pagamento decorrente da somatória do conjunto de obrigações assumidas pelas CONTRATANTES, incluindo a coparticipação, a Taxa de Inscrição e outros valores devidos previstos neste contrato, que serão cobrados juntamente com a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA na fatura.

19.1.36 – CREDENCIADO: pessoa física ou jurídica credenciada pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES, para a prestação de serviços de assistência médica, SADT (serviços auxiliares de diagnóstico e terapia) e hospitalar, constantes da relação de prestadores de serviços.

19.1.37 – CTI - conjunto de UTI agrupadas num mesmo local.

19.1.38 – DADOS CADASTRAIS: é o conjunto de informações que possibilitam a correta identificação do beneficiário no sistema da operadora, sendo de fornecimento obrigatório, cuja comprovação de sua veracidade se dá através do fornecimento de cópia. Os documentos exigidos são: Documento de Identidade válido, CPF, comprovante de residência, certidão de casamento ou de união estável, certidão de nascimento, acrescidas do nº do telefone, Cartão Nacional de Saúde.

19.1.39 – DECLARAÇÃO DE SAÚDE: Formulário que acompanha o contrato do plano de saúde, em que o beneficiário ou seu representante legal é obrigado a informar à operadora, quando expressamente solicitado, as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde. (Glossário ANS)

19.1.40 – DEPENDENTE: É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular.

19.1.41 – DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo ao tratamento médico.

19.1.42 – DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde de característica grave e de curta duração, na grande maioria dos casos reversíveis a tratamento.

19.1.43 – DOENÇA CONGÊNITA: deficiência de nascimento, hereditária ou adquirida durante a vida intrauterina, com manifestação a qualquer tempo.

19.1.44 – DOENÇA CRÔNICA: são aquelas que atingiram estado mórbido irreversível.

19.1.45 – DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE – DLP: Doença ou lesão 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.

19.1.46 – DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

19.1.47 – EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.



19.1.48 – ENTREVISTA QUALIFICADA: Orientação ao beneficiário, realizada às expensas da operadora, executada por médico, credenciado e/ou referenciado pela operadora, antes ou por ocasião da contratação do plano, para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual são informadas 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 e para esclarecer sobre questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

19.1.49 – ESTIPULANTE: É a pessoa jurídica, legalmente constituída como Administradora de Benefícios em conformidade com a RN 196/09, da ANS, que contrata o plano de saúde e representa as entidades associativas e os beneficiários perante a Operadora.

19.1.50 – EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica, cobertos por este contrato.

19.1.51 – EXAME: é o procedimento complementar que possibilita uma investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

19.1.52 – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES: é um formulário padrão, fornecido pela CONTRATADA, que deve ser integralmente preenchido e assinado pelo contratante, beneficiário titular, para fins da inclusão dos dependentes no plano.

19.1.53 – GUIA DE LEITURA CONTRATUAL – GLC: instrumento destinado a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

19.1.54 – HOSPITAL: 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.

19.1.55 – HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA E HOSPITAL DE ALTO CUSTO: É aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros, portanto excluídos da cobertura deste contrato.

19.1.56 – HOSPITAL DIA: 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, cuja finalidade é a prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de até 24 horas.

19.1.57 – HOSPITAL DIA (transtornos mentais): para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

19.1.58 – INSCRIÇÃO/INCLUSÃO: É o ato de incluir beneficiário no plano, mediante o preenchimento do termo específico.

19.1.59 – INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.



www.unimedtr.coop.br
 Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
 37410-083 Três Corações MG
 T. (35) 3239-6000

somoscoop
 Somos a
 cooperativismo
 no Brasil

V. 09/2019

19.1.60 – INTERNAÇÃO HOSPITALAR: admissão de um paciente para ocupar um leito-hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

19.1.61 – JUNTA MÉDICA: é o processo para dirimir impasses técnicos entre a CONTRATADA e o médico solicitante, previsto na Resolução do CONSU Nº 8, de 03/11/1998. A junta deverá ser composta pelo profissional solicitante, pelo médico auditor da CONTRATADA e por um terceiro, denominado médico desempatador ou 3ª opinião, escolhido de comum acordo entre os outros dois profissionais, cuja remuneração fica a cargo da CONTRATADA.

19.1.62 – LEITO HOSPITALAR: cama destinada à internação de um paciente no hospital. (Não considerar como leito hospitalar os leitos de observação e os leitos da Unidade de Terapia Intensiva).

19.1.63 – LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA: são considerados como leitos de alta tecnologia as unidades de terapia intensiva (adulto e infantil), de terapia semi-intensiva, de recuperação anestésica, intermediárias coronarianas, de tratamentos de pacientes queimados e de isolamento, conforme definição da Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

19.1.64 – MANUAL/TABELA DE INTERCÂMBIO DO SISTEMA UNIMED: manual que estabelece as normas, regras e diretrizes que norteiam o Intercâmbio Nacional entre as Unimeds associadas à Unimed do Brasil e à Central Nacional Unimed, para a integração do atendimento entre as cooperativas/operadoras, documentando, de forma acessível, as normas e regras definidas, em consonância com a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, observando também as peculiaridades dos contratos anteriores a essa legislação.

19.1.65 – MEDICAMENTOS ADJUVANTES: são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

19.1.66 – MEDICAMENTO FRACIONADO: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

19.1.67 – 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.

19.1.68 – MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS: medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

19.1.69 – MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

19.1.70 – MÉDICO COOPERADO: é o médico cotista de cooperativa de trabalho médico do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

19.1.71 – MÉDICO ORIENTADOR DA ENTREVISTA QUALIFICADA: É o profissional médico com a função de orientar o proponente no ato da Entrevista Qualificada nas questões que envolvam Doença ou Lesão Preexistente.

19.1.72 – MENSALIDADE: Ver CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.

19.1.73 – OPCIONAL: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos beneficiários, nas condições expressas no contrato.

62/66

Registro Produto: 449.012/04-6



ANS - n.º 35.903-3



19.1.74 – OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde. (Glossário ANS)

19.1.75 – ÓRTESE: qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido não ligado ao ato cirúrgico ou aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

19.1.76 – PARTO A TERMO: É o que ocorre entre a 37ª e a 42ª semana de gestação.

19.1.77 – PARTO NORMAL OU NATURAL: aquele que tem início espontâneo. É de baixo risco no início do trabalho de parto e assim permanece ao longo do trabalho de parto e parto, o bebê nasce espontaneamente na posição de vértice, entre a 37ª e 42ª semanas de gestação e, após o parto, mãe e bebê estão em boas condições.

19.1.78 – PATOLOGIA: Modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

19.1.79 – PLANEJAMENTO FAMILIAR: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

19.1.80 – PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, e com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

19.1.81 – PLANO REFERÊNCIA: Plano de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico ambulatorial e hospitalar, compreendendo parto e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no artigo 10 da Lei 9656/98 e na Resolução CONSU nº 13/98.

19.1.82 – PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: entende-se por deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

19.1.83 – PÓS-PAGAMENTO: sistema onde a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA é paga após a utilização dos procedimentos.

19.1.84 – PÓS-PARTO IMEDIATO: primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, podendo ser estendida a permanência do acompanhante por até 10 (dez) dias desde que indicada pelo médico assistente.

19.1.85 – PRÉ-PAGAMENTO: sistema de formação de preço em que a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA é paga antecipadamente de acordo com a data de vencimento acordada, para que os beneficiários tenham direito à utilização das coberturas deste contrato na competência de 1 a 30 do mês de pagamento.

19.1.86 – PREÇO PÓSESTABELECIDO: sistema onde a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA não é estabelecida e fixada previamente. O valor é pago após e conforme a utilização. Este sistema é utilizado apenas para planos coletivos.



19.1.87 – PREÇO PREESTABELECIDO: sistema onde a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA é estabelecida e fixada previamente.

19.1.88 – PRIMEIROS SOCORROS: É o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência para manutenção da vida do paciente.

19.1.89 – PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE – PAC: é aquele classificado como tal pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e que poderá constar de cláusula ou aditamento contratual e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até vinte e quatro meses.

19.1.90 – PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não caracterizados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

19.1.91 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

19.1.92 – PROCEDIMENTOS DE HEMODINÂMICA AMBULATORIAIS: aqueles que, embora prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, de unidade de terapia intensiva ou unidades similares, mas estão descritos no segmento ambulatorial do Anexo da Resolução Normativa RN 338/13, da ANS, ou suas atualizações.

19.1.93 – PROCEDIMENTOS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA: são todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico.

19.1.94 – PROPONENTE: é toda pessoa que assina para si ou para outrem (menor ou incapaz) uma Proposta de Adesão, mas que ainda não foi admitido pela CONTRATADA como beneficiário.

19.1.95 – PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento a ser preenchido e assinado pelo proponente e validado pela CONTRATADA, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato, na qual o beneficiário manifesta a intenção de aderir ao plano de assistência à saúde com pleno conhecimento de suas responsabilidades, obrigações e direitos.

19.1.96 – PRÓTESE: qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

19.1.97 – QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência.

19.1.98 – REAJUSTE ANUAL OU CONTRATUAL: atualização do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA estabelecido em contrato para fazer frente a desvalorização da moeda.

19.1.99 – REAJUSTE FINANCEIRO: atualização do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA em função da variação dos custos médicos e hospitalares.



19.1.100 - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA: Aumento da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA do plano em função do deslocamento do beneficiário de uma faixa etária para outra.

19.1.101 - REAJUSTE TÉCNICO: reavaliação do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA em função de alterações no nível de sinistralidade do Plano de Assistência à Saúde.

19.1.102 - REDE COOPERADA, CONTRATADA, CREDENCIADA OU REFERENCIADA: Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

19.1.103 - RELAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS (GUIA MÉDICO): é a lista dos prestadores de serviços à disposição dos beneficiários contendo os respectivos endereços dos médicos cooperados, serviços próprios, clínicas e hospitais credenciados e contratados.

19.1.104 - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que referencia os procedimentos obrigatórios, individualizados para os planos especificados, de acordo com a segmentação do plano contratado.

19.1.105 - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: significa cada um dos tipos de plano: ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e referência e suas combinações, para a assistência à saúde contratada pelo beneficiário.

19.1.106 - SERVIÇOS CONTRATADOS, CREDENCIADOS OU REFERENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, de diagnóstico e terapêutico.

19.1.107 - SINISTRALIDADE: Índice de Utilização de um contrato/plano. Relação entre os gastos com as despesas assistenciais puras e o valor arrecadado com as mensalidades para verificação do equilíbrio e solvência contratual. A sinistralidade preconizada pelos Atuários para que um contrato seja considerado equilibrado é de 70%.

19.1.108 - SÍNTESE: são dispositivos (placas e parafusos, hastes, fios de sutura, ganchos, fitas, dispositivos carreadores de enxertos etc.) implantados através de procedimento cirúrgico. São os materiais utilizados para aproximar estruturas orgânicas.

19.1.109 - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de cooperativas de trabalho médico independentes entre si e com personalidade jurídica própria.

19.1.110 - TABELA DE REEMBOLSO E COPARTICIPAÇÃO: Lista com os valores máximos que a CONTRATADA se compromete a reembolsar os beneficiários pelos serviços prestados por profissionais e/ou entidades que não constam da Relação dos Prestadores de Serviço da CONTRATADA. O reembolso acontecerá exclusivamente nos casos de Urgência e Emergência. Também é utilizada como base para a cobrança da coparticipação.

19.1.111 - TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.

19.1.112 - TITULAR: Nos planos coletivos, é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com a pessoa jurídica contratante.



www.unimedtrsc.coop.br
 Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
 37410-083 Três Corações MG
 F. (35) 3239-6000

V. 09/2019

19.1.113 – TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

19.1.114 – TRATAMENTO DOMICILIAR: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatorios e urgência e emergência).

19.1.115 – TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS: assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

19.1.116 – UNIMED: cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, constituída e administrada por médicos.

19.1.117 – URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

19.1.118 – UTI: 1. Unidade de terapia intensiva - unidade que abriga pacientes de requeiram assistência médica, de enfermagem, laboratorial e radiológica ininterrupta. 2. Unidade específica dentro de uma CTI. Exemplo: unidade coronariana.

CLAUSULA XIX – ELEIÇÃO DE FORO

20.1 – Fica eleito o foro da Comarca das CONTRATANTES, com renúncia expressa por qualquer outro, por mais privilegiado que seja para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato.

Três Corações, 01 de Julho de 2020.

Dr. Gilberto Silva Teixeira
 Diretor Presidente
 Unimed Três Corações

UNIMED TRÊS CORAÇÕES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 42.855.999/0001-09

Jazeda de Oliveira Sarte
 CPF: 048.483.139-96
 Grupo GPS

IN-HAUS SERVIÇOS INDUSTRIAIS E LOGÍSTICA LTDA

CNPJ: 08.409.251/0001-36

TESTEMUNHAS:

1) Ismael dos Santos Junior
 NOME: Ismael dos Santos Junior
 CPF: 004.673.229-40

2) _____
 NOME: _____
 CPF: _____

66/66
 Judicial Regional

PROTOCOLO DE ENVIO DE DOCUMENTO PARA ASSINATURA

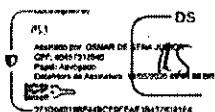
A/C

Brian Silva / Cleverson Dutra Zontini

Por meio deste, valido a solicitação de assinatura do contrato firmado entre a empresa IN-HAUS SERVIÇOS INDUSTRIAIS E LOGÍSTICA LTDA, CNPJ: 08.409.251/0001-36 e o fornecedor de plano coletivo empresarial com coparticipação, modalidade enfermagem, UNIMED TRÊS CORAÇÕES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA, inscrita no CNPJ: 42.855.999/0001-09.

Sem mais.

Osmar de Sena Jr



Osmar de Sena Junior

Camila Willers Hartmann

Camila Willers Hartmann



www.unimedtc.coop.br
Av. Dr. Moacir Rezende, 358 - Centro
37410-083 Três Corações MG
T. (35) 3239-6000

Três Corações, 09 de Julho de 2020.

NOTIFICAÇÃO DE ENVIO DO CONTRATO

A/c. Osmar de Sena Junior

Contrato foi enviado por correio na data de hoje, firmado entre a empresa Contratante: **IN-HAUS SERVIÇOS INDUSTRIAIS E LOGÍSTICA LTDA**, CNPJ: 08.409.251/0001-36 e a Contratada: **UNIMED TRÊS CORAÇÕES COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO LTDA**, CNPJ: 42.855.999/0001-09. Com Inicio de vigência 01 de Julho de 2020.

O contrato e termo de adesão estão assinados por ambas as partes e foi alterado somente a ultima página de vigência do contrato. (enviado duas vias) ficaremos aguardando a via da Unimed.

Atenciosamente,

Taís Gianina
Consultora de Vendas
Unimed - Três Corações
(35) 3239 - 6029 / 8846 - 1746
comercial@unimedtc.coop.br