CONDIÇÕES GERAIS

PRODUTO REGISTRADO NA ANS SOB Nº 486.752/20-1

NOME COMERCIAL	**ESSENCIAL FEIRA DE SANTANA I - E**
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	**AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**
TIPO DE CONTRATAÇÃO	**COLETIVO EMPRESARIAL**
ÁREA GEOGRÁFICA	**GRUPO DE MUNICIPIOS**
ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	**ANGUERA, CONCEIÇÃO DO JACUÍPE, CORAÇÃO DE MARIA, FEIRA DE SANTANA E SÃO GONÇALO DOS CAMPOS**
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	**COLETIVO - ENFERMARIA**
FORMAÇÃO DO PREÇO	**PRÉ-PAGAMENTO**
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	**NÃO CONSTAM**
FATOR MODERADOR	**COPARTICIPAÇÃO**
LIVRE ESCOLHA	**NÃO POSSUI**

TÍTULO I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Seção I – Do Objeto

Art. 1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, por intermédio de rede própria ou contratada, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, VISANDO EXCLUSIVAMENTE À COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL CONTRATADA (AMBULATORIAL e HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA), de acordo com o rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Art. 2. A assistência ora pactuada visa, além da recuperação e manutenção da saúde, também à prevenção da doença, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

Seção II – Da Natureza

Art. 3. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406), estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078), de forma subsidiária.

Art. 4. O presente também tem característica de contrato aleatório, assim, a prestação da assistência objeto deste contrato pode vir ou não a acontecer (acontecimentos incertos), mas se mantêm, de qualquer forma, a obrigação de pagamento integral da contraprestação.

TÍTULO II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 5. O presente plano poderá ser destinado às seguintes pessoas, consideradas usuários titulares:
I - empregados/servidores públicos com vínculo empregatício ativo ou estatutário com a **CONTRATANTE**, inclusive os temporários;
II - sócio ou administrador da **CONTRATANTE**;
III - demitidos e aposentados que tiveram vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**;
IV - agentes políticos;
V - estagiários e menores aprendizes.

Parágrafo único. No instrumento de comercialização serão definidas quais pessoas figurarão como usuários titulares, observada a relação do caput.

Art. 6. Podem ser inscritos como usuários dependentes, **com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao usuário titular:**
a) o cônjuge;
b) os filhos solteiros até 39 anos, 11 meses e 29 dias;
c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) os filhos comprovadamente inválidos; e
f) os netos, irmãos e sobrinhos solteiros até 39 anos, 11 meses e 29 dias.

§1º Se houver disposição específica no instrumento de comercialização, poderão ser incluídos no contrato outros integrantes do grupo familiar, desde que tenham com o usuário titular parentesco consanguíneo até o terceiro grau, ou até o segundo grau de parentesco por afinidade.
§2º O ingresso do grupo familiar e sua permanência no plano, dependerá da participação do usuário titular no contrato, observadas as exceções da contratação coletiva empresarial quando se tratar de demitidos e aposentados com direito ao disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656.
§3º Salvo disposição em contrário, os usuários dependentes devem ser inscritos no mesmo plano de seu usuário titular.
§4º Não será permitida a inclusão de grupo familiar do titular que esteja na condição de ex-empregado da CONTRATANTE, em gozo do benefício dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, exceto a inscrição de novo cônjuge e filhos.

Art. 7. Observadas as condições de inscrição, é assegurada a inclusão:
I - do recém-nascido, assim considerada a criança com idade até trinta dias de vida, filho natural ou adotivo do usuário, isento do cumprimento dos períodos de carência, **contanto que, simultaneamente**:

a) a inscrição ocorra **no prazo máximo de trinta dias** após o nascimento ou adoção, guarda ou tutela, observado o limite de idade da criança; e
b) o pai ou a mãe, ou seu responsável legal, não esteja cumprindo a carência máxima legal de 180 (cento e oitenta) dias;
II - do menor de doze anos, filho adotivo, sob guarda ou tutela, ou ainda, daquele que venha a ter a paternidade reconhecida, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário adotante ou responsável legal, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias** após o ato;
III - do cônjuge ou convivente do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por ele, **quando contrair matrimônio, ou houver o implemento da condição de união estável, durante a vigência do contrato, e desde que seja inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento**. Iguais requisitos serão observados para as inscrições de enteados do usuário titular.
IV – dos demais dependentes elegíveis ao contrato, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo respectivo titular, desde que seja inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do implemento da condição de inscrição.
V - dos novos usuários titulares observados os critérios de cumprimento dos períodos de carência definidos neste instrumento.

§1º Caso ainda não esteja completado o prazo previsto na letra 'b' do inciso I deste artigo, o recém-nascido aproveitará os períodos de carência cumpridos pelo pai, mãe ou responsável legal.
§2º Ultrapassados os prazos previstos na letra 'a' do inciso I, e nos incisos II, III e IV deste artigo, **os inscritos cumprirão integralmente os períodos máximos de carência** dispostos neste contrato, bem como de Cobertura Parcial Temporária na hipótese de doença ou lesão preexistente.

Art. 8. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, com todos os dados exigidos pela norma para envio de cadastro de usuários à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com nomes, sem abreviações, e qualificação completa de cada um, incluindo data de nascimento, sexo, nome da mãe, endereço residencial, e, conforme o caso: CPF (maiores de dezoito anos), PIS/PASEP, Cartão Nacional de Saúde, carteira de identidade etc., cabendo sua atualização e complementação, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor.

§1º A **CONTRATANTE** também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste plano, e de que maneira, de forma a garantir ao usuário titular que contribuir mensalmente para seu plano, os benefícios de que tratam os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656.
§2º Qualquer alteração na condição de contribuinte do plano, ou não, deverá ser comunicada à **CONTRATADA**.

Art. 9. O pedido de inclusão dos usuários constitui declaração da existência de vínculo entre a **CONTRATANTE** e o usuário titular, e de relação entre este e os usuários eventualmente indicados como seus dependentes, podendo ser solicitada comprovação a qualquer tempo.

Art. 10. A **CONTRATANTE** se obriga a comunicar, por escrito, conforme datas limites previstas no instrumento de comercialização, as inclusões, alterações e exclusões de

usuários para os efeitos deste plano, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema da **CONTRATADA**.

TÍTULO III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 11. A **CONTRATADA** assegurará aos usuários regularmente inscritos, e satisfeitas as condições deste contrato, a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando ao tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde, 10ª Revisão, CID-10**, limitada aos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação assistencial contratada, - observadas, principalmente, as diretrizes de utilização, quando houver, - realizados exclusivamente pelos recursos próprios ou contratados** para o respectivo plano, ressalvados os casos de urgência e emergência especificados neste instrumento.

§1º Caso haja indicação clínica, terá cobertura a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos previstos neste contrato. Nas localidades onde houver dificuldade de cooperação ou contratação dos profissionais, a cobertura se dará por meio de reembolso.

§2º O atendimento, **dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato**, está assegurado independentemente do local de origem do evento, observadas as especificações deste instrumento.

§3º É garantida a cobertura dos procedimentos listados no rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, não podendo ser exigida a realização do serviço em determinado prestador que esteja indisponível, sendo facultado à **CONTRATADA** o direcionamento do atendimento ao serviço que atenda a necessidade do usuário, desde que coberto pelo contrato.

Art. 12. 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 editado pela ANS, de acordo com a segmentação contratada.

Parágrafo único. Todas as escopias listadas no rol de procedimentos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Art. 13. Está garantido o fornecimento, por meio da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, observado o Protocolo de Utilização (PROUT) definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Seção I - Da Cobertura da Segmentação Ambulatorial

Art. 14. A **Segmentação Ambulatorial** compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, **definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (excluídos os procedimentos da segmentação odontológica), não incluindo internação hospitalar** ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por **período superior**

a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:
I - cobertura de consultas médicas com médicos **cooperados** ou contratados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, desde que haja encaminhamento pelo médico de referência do Núcleo de Saúde;
II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação** conforme preceitua o *caput* deste artigo;
III - cobertura de consulta e sessões de psicoterapia, com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo **de acordo com os limites estabelecidos no rol de procedimentos** editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), **conforme indicação do médico e observadas as Diretrizes de Utilização** definidas pelo órgão regulador;
IV - cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação médica;
V - cobertura para os seguintes **procedimentos considerados especiais**:
a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) 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;
c) radioterapia ambulatorial (**procedimentos descritos no Rol** de Procedimentos editados pela ANS para a segmentação ambulatorial);
d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais (prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas);
e) hemoterapia ambulatorial; e
f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
VI - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observada a utilização, preferencialmente, de medicamento genérico (Lei nº 9.787) e medicamento fracionado, de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS.
VII – o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

Art. 15. A cobertura da segmentação ambulatorial não inclui (a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio; (b) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e (c) embolizações.

Seção II - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar

Art. 16. Durante a internação, clínica ou cirúrgica, a **CONTRATADA** garante aos usuários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:
I - diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
II - cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
III - cobertura de despesas referentes a honorários dos médicos pertencentes à rede de prestadores do plano, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação fornecida pelo estabelecimento hospitalar;
IV - cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
V - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
VI - cobertura de despesas de alimentação e acomodação – observado o padrão contratado: individual ou coletivo –, fornecidas exclusivamente pelo hospital, de um acompanhante para usuários **menores de 18 anos, idosos** a partir de sessenta anos de idade, bem como para aqueles **portadores de necessidades especiais**, conforme indicação do médico assistente e as condições do estabelecimento, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
VII - cobertura para os seguintes **procedimentos considerados especiais** cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência **prestada em nível de internação hospitalar**:
a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) quimioterapia oncológica;
c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos editado pela ANS;
d) hemoterapia;
e) nutrição parenteral ou enteral;
f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos;
g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos;
h) radiologia intervencionista;
i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos da ANS.

Art. 17. Incluem-se nas coberturas deste plano:
I - os procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados no rol de procedimentos, definido para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
II - a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imprescindível imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar; não estão cobertos, entretanto, os

honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais;
III - os **transplantes, apenas de rim e córnea,** e os **de medula óssea** (autólogo e alogênico)**, - estes, desde que satisfeitos os critérios técnicos estabelecidos nas Diretrizes de Utilização editadas pela ANS -,** incluindo as despesas com seus procedimentos vinculados, **sem prejuízo da legislação específica** que normatiza os transplantes:
a) entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;
a.2) os medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção**;
a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;
b) os usuários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, obrigatoriamente, deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, caso contrário, estará excluída a cobertura**;**
IV – o custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
V - as órteses, próteses e materiais especiais - OPME ligados aos atos cirúrgicos cobertos por este contrato, cabendo ao profissional requisitante a prerrogativa de determinar as suas características (dimensões, material de fabricação e tipo), e, quando solicitado, justificar clinicamente sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), podendo a operadora escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, desde que atendam às características especificadas.
§1º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e **órtese** é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
§2º A **classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina** no país como órteses ou próteses **deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada** periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet: www.ans.gov.br.

Art. 18. A cirurgia plástica reparadora, não caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica, terá cobertura quando:
I - efetuada, **exclusivamente, para restauração de funções em órgãos e membros que estejam causando problemas funcionais** em virtude de eventos ocorridos na vigência deste contrato, para o respectivo usuário, ou que não seja caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica;
II - reconstrutiva de mama **que tenha sido mutilada em decorrência da utilização de técnica de tratamento de câncer**.

Art. 19. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão cobertos.
§1º O usuário poderá dispor de atendimento/acompanhamento em hospital-dia para transtornos mentais **quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (Diretriz de Utilização editada pela ANS) para paciente portador de**:
I - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
II - esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
III - transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
IV - transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).
§2º As **internações decorrentes de transtorno psiquiátrico** estão sujeitas à coparticipação do usuário conforme definido no artigo que trata deste tema (coparticipação). Caso não haja definição de coparticipação para as demais internações, a **CONTRATANTE** participará no custeio daquelas decorrentes de transtorno psiquiátrico quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos, **não caracterizando o financiamento integral da internação**.
§3º Fica ressalvado que a atenção prestada aos portadores de **transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios**, utilizando a **internação psiquiátrica apenas como último recurso** terapêutico e mediante indicação do médico assistente.

Art. 20. Ocasionalmente, havendo indisponibilidade do tipo de leito hospitalar previsto neste contrato, é garantido ao usuário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, desde que nos estabelecimentos próprios ou contratados por meio deste plano.

Art. 21. É garantida a cobertura de remoção, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **observadas as condições contratadas**.

Seção III - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

Art. 22. A segmentação Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida na segmentação Hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, observado o rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e ainda, desde que a mãe, ou adotante, conforme o caso, tenha cumprido as carências específicas:
I - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante designado pela mulher durante o pré-parto, parto, pós-parto imediato e conforme a indicação do médico;
II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; ultrapassado esse prazo, a cobertura cessará, exceto se tiver sido incluído no plano, respeitadas as condições para sua inscrição.

TÍTULO IV - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO NA REDE DE PRESTADORES

Art. 23. A **CONTRATADA** fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, com as informações relativas ao contrato e com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente

reconhecido, assegura o acesso aos serviços contratados e o atendimento na rede de prestadores própria da **CONTRATADA** ou credenciada a este plano de saúde.

TÍTULO V – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 24. Estão excluídos da cobertura deste plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação assistencial contratada, ou sem a observância das diretrizes de utilização, bem como:
I - atendimentos prestados **antes do início da vigência contratual** ou do cumprimento dos **prazos de carências**, ou prestados em **desacordo** com o estabelecido neste contrato;
II - tratamento clínico ou cirúrgico **experimental**, isto é, aqueles que:
a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso *off-label*);
III - fornecimento de medicamentos para **tratamento domiciliar**, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do rol de procedimentos definido pela ANS, e observadas as respectivas diretrizes de utilização;
IV - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde **importados não nacionalizados**, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ou ainda aqueles cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
V - despesas com **assistência odontológica** de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
VI - cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
VII - cobertura de despesas de alimentação e acomodação para acompanhantes, excetuado os casos expressamente previstos neste contrato;
VIII - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
IX - cirurgias para mudança de sexo;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
XI - procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, **bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pela CONTRATADA**, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser reembolsados na forma e termos previstos neste instrumento;
XII - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com **finalidade estética**;
XIII - inseminação artificial, assim entendida como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos,

indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
XIV - enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar;
XV - cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
XVI - procedimentos clínicos e cirúrgicos com **finalidade estética**, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
XVII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios **não ligados ao ato cirúrgico**;
XVIII - aplicação de **vacinas**;
XIX - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
XX - consultas e **atendimentos domiciliares**, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
XXI - remoção domiciliar;
XXII - implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes de medula óssea, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e as Diretrizes de Utilização editados pela ANS;
XXIII - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e estabelecimentos para acolhimento de idosos e as internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
XXIV - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.
XXV - procedimentos relacionados à saúde ocupacional tais como exames admissionais, demissionais, periódicos etc.

Art. 25. Estão excluídos ainda, mesmo quando dentro da área geográfica de abrangência do plano, quaisquer serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapias (mesmo em casos de urgência e/ou emergência) **realizados em estabelecimentos não contratados por este plano**.

TÍTULO VI – DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 26. Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, cuja contagem se iniciará na data definida no instrumento de comercialização, desde que até aquela oportunidade não seja feito qualquer pagamento à **CONTRATADA**.

Art. 27. Salvo manifestação em contrário das partes, com antecedência mínima de sessenta dias, o presente contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não sendo cobrada qualquer taxa ou outro valor a título de renovação.

TÍTULO VII – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 28. Os usuários não terão direito às coberturas contratadas antes de cumpridos os períodos de carência.
§1º O início da contagem do período de carência dar-se-á na data de início de vigência do presente contrato para o usuário incluído no momento da contratação, ou se posteriormente, na data de sua inclusão no plano.

§2º Quando prevista a inscrição de dependentes, os períodos de carência terão início na data de inclusão destes no plano.

Art. 29. Os períodos máximos de carência são:
I - trezentos dias para partos a termo;
II - vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência, observado o disposto neste instrumento;
III - cento e oitenta dias para os demais casos.
Parágrafo único. Poderá haver redução dos períodos de carência mediante acordo das partes, bem como a definição de procedimentos específicos e seus respectivos prazos de carência que constarão do instrumento de comercialização.

Art. 30. Na hipótese de haver mais de 29 (vinte e nove) participantes no plano, não será exigido o cumprimento de períodos de carências, **desde que o usuário seja inscrito em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, observado o disposto neste instrumento.**
Parágrafo único. Eventual ampliação do prazo mencionado no *caput* constará do instrumento de comercialização.

Art. 31. A **CONTRATANTE** recebe neste ato arquivo com a lista de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (bem como as Diretrizes de Utilização, as Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização), **onde consta a indicação dos procedimentos que correspondem à cobertura do plano contratado, ressalvadas as exclusões deste instrumento e de acordo com as disposições da Agência Nacional de Saúde Suplementar.**

TÍTULO VIII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art. 32. Para efeito deste contrato, são consideradas Doenças ou Lesões Preexistentes aquelas que o usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 33. É condição prévia para inclusão do usuário que este informe, por meio de declaração de saúde (conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), o conhecimento de todas as doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do plano.

Parágrafo único. O usuário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Art. 34. Ficará a critério da **CONTRATADA** a realização de exame prévio de admissão nos usuários, posteriormente ou não à entrega da Declaração de Saúde, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações.

Parágrafo único. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no usuário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 35. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** poderá restringir tais coberturas por meio de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo único. A Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou inclusão do usuário no plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo usuário ou seu representante legal, ou constatadas por perícia.

Art. 36. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses de permanência ininterrupta do usuário no plano contratado.

Art. 37. Se for identificado indício de fraude por parte do usuário, 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 ao usuário a alegação de omissão de informação por meio do Termo de Comunicação ao Usuário e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária ou requerer abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de omissão na declaração de saúde, conforme norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
§1º O usuário será responsável pelo ressarcimento à **CONTRATADA** das despesas efetuadas com a assistência prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente reconhecidamente omitida, além de ser excluído do contrato.
§2º A **CONTRATANTE** é solidariamente responsável pelo ressarcimento mencionado acima.
§3º Não haverá negativa de cobertura assistencial, suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

Art. 38. Na hipótese de haver mais de 29 (vinte e nove) participantes no plano, não será exigida Cláusula de Cobertura Parcial Temporária nos casos de Doença e Lesão Preexistente, **desde que o usuário seja inscrito em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, observado o disposto neste instrumento.**
Parágrafo único. Eventual ampliação do prazo mencionado no *caput*, ou ainda a dispensa de exigência do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária, constará do instrumento de comercialização.

TÍTULO IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 39. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de:
I - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e

II - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. Haverá cobertura dos procedimentos necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

Art. 40. Quando o atendimento de emergência ou de urgência em decorrência de complicações no processo gestacional for efetuado no decorrer dos períodos **de carência da segmentação hospitalar, este abrangerá a cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial**, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, **não garantindo cobertura de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar**, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que **a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário,** não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

Art. 41. Após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do plano para o respectivo usuário, estará garantida a cobertura integral, **dentro do Rol de Procedimentos das segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, para os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal.**

Art. 42. Os usuários cujos atendimentos estejam restritos em decorrência de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, **a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para a segmentação ambulatorial, excluídos os procedimentos de alta complexidade definidos no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

Seção I – Da Remoção

Art. 43. Após a realização dos atendimentos classificados como urgência e emergência, é garantida a cobertura de remoção para outro estabelecimento hospitalar, **dentro da área de abrangência do plano**, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, e que desses serviços necessite:
I - quando caracterizada, pelo médico assistente, a **falta de recursos** oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente para os procedimentos cobertos; ou
II - pela necessidade de internação para os usuários **em cumprimento de período de carência ou Cobertura Parcial Temporária**, caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente **para uma unidade do Sistema Único de Saúde** que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, observadas as seguintes disposições:
a) só cessará a responsabilidade da **CONTRATADA** sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
b) quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, **a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção**; e

c) quando não for possível a remoção por risco de vida, o usuário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

Seção II - Do Reembolso

Art. 44. A **CONTRATADA** assegurará o reembolso **no limite das obrigações deste instrumento** das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, **dentro da abrangência geográfica do plano, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados para o plano.**
Parágrafo único. Fica expressamente estabelecido que o presente **não contempla reembolso de atendimento fora da área de abrangência, tampouco por troca de médico por preferência do usuário**, ainda que por especialista, havendo serviço médico, terapêutico e/ou de exames laboratoriais disponíveis na rede de prestadores do plano para o atendimento de urgência e emergência.

Art. 45. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado **de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento**, – que não será inferior aos valores que a **CONTRATADA** remunera a rede de prestadores deste plano, – no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, pela **CONTRATANTE**, dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não ser integral ao montante despendido pelo usuário:
a) solicitação de reembolso em formulário próprio;
b) relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, diagnóstico, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do *caput*, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGP-M/FGV, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 46. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Art. 47. A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

TÍTULO X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I - DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 48. Fica estabelecido o quadro de coparticipação abaixo, respeitado o disposto no art. 25 deste anexo, para o produto objeto deste instrumento:

Eventos	**Coparticipação** (em R$ ou %)
Consultas Eletivas	**R$ 25,00**
Consultas em Pronto Atendimento/Pronto Socorro	**R$ 50,00**
Exames simples (grupo 1) conforme tabelas abaixo descritas	**30% (*)**
Exames complexos, (grupo 2) conforme tabelas abaixo descritas	**30% (**)**
Terapias (por sessão)	**R$ 15,00**
Terapias por Método (por sessão)	**R$ 80,00**
Tratamento Psicoterápico de Crise	Isento
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	Isento
Internações Psiquiátricas	**50%**
Parto a termo	Isento
Internação	Isento

(*) Haverá coparticipação de 30% (trinta por cento) com limitador de R$ 30,00 (trinta reais) por procedimento.
(**) Haverá coparticipação de 30% (trinta por cento) com limitador de R$ 140,00 (cento e quarenta reais) por procedimento.

§1º Haverá cobrança de coparticipação, conforme tabela acima, limitada ao valor de R$ 280,00 (duzentos e oitenta reais) mensais por beneficiário, não cumulativo.

§2º A coparticipação para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, somente incidirá após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos, não caracterizando o financiamento integral da internação.

§3º Para cálculo da cobrança dos serviços prestados, será sempre utilizada como parâmetro a "Tabela CNU", registrada em Cartório de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo – SP- Registro 3.674.634.

Art. 49. A CONTRATANTE participará, conforme percentuais e/ou valores especificados neste instrumento, no pagamento dos procedimentos pela chamada "coparticipação", que, nos termos da regulamentação, define-se como a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

Parágrafo único. Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de coparticipação.

Seção II – Mecanismos de Porta de Entrada e Direcionamento

Art. 50. Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I – Consultas médicas: os beneficiários serão atendidos no Núcleo de Saúde e Rede credenciada da **CONTRATADA**, observado o respectivo horário de atendimento e com agendamento prévio. As consultas com especialistas serão realizadas na rede credenciada da **CONTRATADA** quando encaminhadas pelo médico assistente dos Núcleos de Saúde". As consultas de pronto socorro serão realizadas em hospitais da rede credenciada da **CONTRATADA** vinculada ao produto contratado

I.a) As consultas com especialistas sem encaminhamento de um dos médicos do Núcleo de Saúde não serão autorizadas pela **CONTRATADA.**

II – Internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede de prestadores da **CONTRATADA** vinculada a este plano de saúde, mediante apresentação da Guia de solicitação de serviços, emitida pelo médico assistente, previamente autorizada pela **CONTRATADA**, salvo nas hipóteses de urgência ou emergência.

III – Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico: devem ser executados na rede de prestadores da **CONTRATADA**, mediante a apresentação de guia de solicitação de serviços emitida pelo médico previamente autorizada pela **CONTRATADA**.

§2º Para a realização de exames, somente serão autorizados pela **CONTRATADA** aqueles solicitados pelo Médico Assistente do Núcleo de Saúde ou profissional indicado por ele e desde que realizado em um dos prestadores pertencentes à rede credenciada da **CONTRATADA**.

§3º O usuário, ao utilizar-se dos serviços, deverá confirmar as informações contidas no Guia, em razão do processo dinâmico de substituição dos prestadores da rede disponibilizada ao plano contratado. As atualizações do Guia estarão disponíveis na sede da **CONTRATADA**, pelo serviço de teleatendimento ou pela Internet.

Art. 51. As utilizações nos Centros de Referência e especialidades prescritas/indicas por profissionais do centro de referência estarão sujeitas ao pagamento de coparticipação, pelos beneficiários e respectivos dependentes, nos termos deste instrumento.

Art. 52. Para acesso a quaisquer serviços, os usuários deverão obter orientações e a respectiva autorização na Central de Atendimento, exceto nos casos de urgência e emergência.

Art. 53. Caso o usuário tenha dificuldade de acesso a alguma cobertura prevista neste plano, deverá entrar em contato com a CONTRATADA pelo seu serviço de teleatendimento, que o direcionará ao prestador que executará o procedimento.

Seção III – Cartão Individual de Identificação e demais mecanismos

Art. 54. A **CONTRATADA** fornecerá aos usuários o **cartão individual de identificação** referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, **cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, legalmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato**, desde que o usuário esteja regularmente inscrito,

podendo a **CONTRATADA** adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.

Parágrafo único. Caso haja necessidade de segunda via do Cartão Individual de Identificação este deverá ser solicitado por escrito e retirado na sede da UNIMED, **mediante pagamento do respectivo valor**.

Art. 55. A **CONTRATADA** assegurará aos usuários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares **previstos no contrato e no Rol de Procedimentos, realizados pelos médicos cooperados da Unimed e rede dos demais prestadores próprios e contratados referentes ao plano adquirido**, conforme Guia de Serviços de Saúde**.**

Art. 56. As internações eletivas requerem autorização prévia, e para a sua obtenção o usuário **apresentará à CONTRATADA o pedido médico com as devidas razões da internação**, com indicação do diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação.

Parágrafo único. Caso não seja necessária a realização de perícia, a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, e poderá ser prorrogado mediante justificação médica a ser apresentada à OPERADORA.

Art. 57. Na internação caracterizada como urgência ou emergência, sem autorização prévia, caberá ao prestador a obtenção da autorização, no prazo legal, junto à operadora.

Art. 58. O usuário estará obrigado, ao internar-se, **a apresentar** à administração do hospital, juntamente com a **guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação** emitido pela **CONTRATADA**, em pleno vigor.

Art. 59. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. **Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário**.

Art. 60. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 61. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 62. A CONTRATADA se reserva o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos, e, em situações de divergência, estará garantida a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

Parágrafo único. Fica garantido ao usuário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de um dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

Art. 63. A CONTRATADA poderá alterar qualquer prestador de serviço da sua rede assistencial, observado, quando for o caso, o disposto no art. 17 da Lei nº 9.656, ou seja, comunicação com antecedência de trinta dias ou após prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para os casos de substituição ou redução da rede hospitalar, respectivamente.

Parágrafo único. A redução do número de prestadores da rede do plano não implica qualquer direito de redução dos valores fixados.

TÍTULO XI – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 64. Trata-se de **contrato com preço pré-estabelecido**, com valores fixados com base em cálculo atuarial.

Parágrafo único. A **CONTRATADA** não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os usuários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, que estejam nas mesmas condições.

Art. 65. Os valores e critérios de cobrança estão dispostos no instrumento de comercialização.

Art. 66. A CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA, por usuário inscrito, o valor de Inscrição e as Mensalidades, conforme disposto no instrumento de comercialização.

Parágrafo único. As mensalidades, cujos valores são **aferidos de acordo com a idade dos usuários** dispostos conforme a faixa etária em que se enquadrem, correspondem às contraprestações sucessivas e mensais pelo plano ora contratado, e, caso seja adotado preço único, no instrumento de comercialização constará o critério adotado para a sua determinação e a participação da **CONTRATANTE**, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado.

Art. 67. A **CONTRATADA** poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 68. As faturas emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusões ou de exclusões de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Art. 69. Ocorrendo impontualidade nos pagamentos, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do **IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado)**, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, **além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado**, e ainda, conforme o caso, **ressarcimento por perdas**

e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo de suspensão do contrato ou sua rescisão, a critério da **CONTRATADA**.

Art. 70. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 71. Se a **CONTRATANTE** não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, **deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às consequências da mora**.

Seção I – Dos Demitidos Aposentados (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656)

Art. 72. **Caso seja caracterizada a contribuição pelo empregado, conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, desde que haja formalização em termo próprio, o ex-empregado (demitido ou exonerado sem justa causa; ou aposentado) permanecerá vinculado à contratação coletiva, observado o disposto neste instrumento.**

Art. 73. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, caso assim se obriguem, deverão pagar à CONTRATADA, por si e seus dependentes, as mensalidades fixadas para o plano coletivo, os valores atribuídos à coparticipação (se houver) e as despesas eventuais, tais como segunda via de cartão de identificação.

§1º As mensalidades, cujos valores são **aferidos de acordo com a idade dos usuários** dispostos conforme a faixa etária em que se enquadrem, correspondem às contraprestações sucessivas e mensais pelo plano ora contratado, cujo vencimento constará do termo de adesão ao benefício.
§2º A **CONTRATADA** poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 74. Ocorrendo impontualidade nos pagamentos, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do **IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado)**, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, **além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado**, e ainda, conforme o caso, **ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo de suspensão do contrato ou sua rescisão**, a critério da **CONTRATADA.**

Art. 75. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 76. Se o usuário não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, **deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às consequências da mora**.

TÍTULO XII – REAJUSTE

Art. 77. Os valores das mensalidades foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os custos dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência prevista de utilização desses serviços, e seus limites, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, os períodos de carências, valor e/ou percentual de coparticipação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico, assim, quaisquer alterações desses itens ensejarão novos valores.

Art. 78. Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, conforme indexador definido no instrumento de comercialização.

§1º Caso a legislação autorize o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.
§2º Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de reajustamento do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

Art. 79. De forma complementar, além da atualização prevista acima, o cálculo atuarial poderá ser revisto anualmente, buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, se houver utilização comprovada acima da média prevista ou aumento dos custos dos insumos que compõem a assistência médica e hospitalar, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamentos, alteração do grau de risco da **CONTRATANTE**.

§1º Os parâmetros da revisão técnica serão definidos no instrumento de comercialização.
§2º Fica estipulado entre as partes contratantes que também serão computados para o cálculo da sinistralidade, todos os custos suportados pela **CONTRATADA** no período de apuração, inclusive os decorrentes de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), determinado por decisão proferida em processo administrativo instaurado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme normas aplicáveis à espécie.

Art. 80. Em caso de não aplicação do reajuste no mês de sua incidência, por motivo de negociação entre as partes, será emitida fatura complementar relativa ao reajustamento retroativo.

Art. 81. Os reajustes e revisões das mensalidades deste contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme determinado pela regulamentação em vigor.

Art. 82. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, que se obrigarem a pagar diretamente à **CONTRATADA** as mensalidades do plano, estarão sujeitos aos reajustes e revisões definidos para o contrato coletivo, conforme descrito neste instrumento e eventual negociação da **CONTRATANTE**.

Parágrafo único. No caso de a **CONTRATADA** disponibilizar planos exclusivos para ex-empregados, a carteira destes planos deverá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste, cujos percentuais serão divulgados no Portal Corporativo da operadora na Internet em até trinta dias após a sua aplicação.

Sessão Única – Agrupamento Para Diluição do Risco

Art. 83. Na hipótese de esta contratação não contar com pelo menos 30 (trinta) usuários deverá ser agrupada para fins de cálculo e aplicação de reajuste unificado, de modo que haja distribuição do risco inerente à operação por todos os contratos pertencentes ao grupo quando da revisão técnica.

Art. 84. A quantidade de usuários estabelecida para definir se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e reavaliada anualmente, no mês de seu aniversário, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

§1º Quando a contratação superar a quantidade mínima de usuários, o contrato será desagregado do agrupamento, passando o reajuste a ser regido individualmente pelas disposições contratuais específicas.
§2º Para fins da apuração do número de usuários será considerada a soma de todos os usuários vinculados à mesma pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ainda que inscritos em planos privados de assistência à saúde diferentes, bem como, na hipótese de mais de uma **CONTRATANTE** integrar a contratação no mesmo instrumento jurídico, a soma de todos os inscritos por todas elas.

Art. 85. O período de cálculo do reajuste único, seja pelo índice de preços, seja pela recomposição do equilíbrio econômico-financeiro, será comum a todos os contratos incluídos no agrupamento.

Art. 86. Os parâmetros de reajuste e revisão técnica dos contratos incluídos no agrupamento para diluição de risco estarão definidos no instrumento de comercialização.

Art. 87. Respeitada a respectiva data base de cada contratação, o percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no período compreendido entre o mês de maio de um ano e o mês de abril do ano seguinte.

Art. 88. A **CONTRATADA** deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC), e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Art. 89. É facultado à **CONTRATADA**, a título de aditamento pré consentido, alterar o período de apuração do reajuste, bem como desmembrar o agrupamento por tipo de segmentação assistencial, observadas as normas editadas pela ANS.

TÍTULO XIII – FAIXAS ETARIAS

Art. 90. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer usuário que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do usuário.

Art. 91. As faixas etárias para os fins deste contrato serão:
1ª - de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;

2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
10ª - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.
Art. 92. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária, que não se confunde com o reajuste financeiro anual, constará no Resumo de Contratação.

§1º Os percentuais definidos para a mudança de faixa etária incidirão sobre as mensalidades vigentes na data que ocorrer a alteração da idade do usuário (e que importe em deslocamento para a faixa etária superior), ou seja, os percentuais incidirão sobre os valores das mensalidades reajustadas e/ou revistas na forma contratual.
§2º Os percentuais de variação de faixa etária são fixados observando que o valor da última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária, e ainda, a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.
§3º As variações por mudança de faixa etária não poderão apresentar percentuais negativos.

Art. 93. Os usuários acima de 59 anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, porém, estarão sujeitos ao reajuste financeiro anual, e, eventualmente, à revisão técnica, na forma prevista neste contrato.

TÍTULO XIV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 94. No caso de a **CONTRATADA** disponibilizar planos exclusivos para ex empregados, o instrumento de comercialização deverá dispor se haverá a manutenção em um mesmo plano contratado para os empregados ativos e também para os empregados com vínculo inativo (aposentados, exonerados ou demitidos sem justa causa, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656), ou se a contratação será em planos separados.

§1º No caso de manutenção de planos separados para ativos e inativos, é obrigatório que a empresa empregadora firme os contratos com uma única operadora, e no caso de encerramento ou cancelamento de uma modalidade de vínculo empregatício (ativo ou inativo), a outra também deverá ser encerrada ou cancelada.
§2º Existindo mais de uma operadora contratada, os demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados deverão permanecer vinculados à contratação da operadora em que anteriormente estavam inscritos quando da vigência da relação de emprego, bem como seu eventual grupo familiar.

Art. 95. Os usuários terão ciência dos valores distribuídos em faixa etária, ainda que a **CONTRATANTE** tenha negociado preço único para os empregados ativos, cujo critério para a sua determinação constará do instrumento de comercialização, bem como as condições de seu financiamento.

Parágrafo único. As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações estarão disponíveis a qualquer tempo para consulta dos usuários.

Seção I – Do Demitido

Art. 96. Nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, ao usuário titular que contribuir para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de usuário - e dos respectivos usuários dependentes então inscritos - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de coparticipação.

§1º A obrigação de pagamento integral da contraprestação obedecerá aos critérios de faixa etária definidos no contrato, exceto quando prevista forma diversa no instrumento de comercialização.
§2º O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Seção II – Do Aposentado

Art. 97. Conforme disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, ao usuário titular aposentado que contribuir para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, há pelo menos dez anos, é assegurado o direito de manutenção como usuário - e dos respectivos usuários dependentes então inscritos - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de coparticipação.

§1º A obrigação de pagamento integral da contraprestação obedecerá aos critérios de faixa etária definidos no contrato, exceto quando prevista forma diversa no instrumento de comercialização.
§2º Na hipótese de contribuição pelo então empregado por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

Art. 98. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, quando do seu desligamento, é garantido o direito de manter sua condição de usuário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, cujo direito de permanência do vínculo ao plano coletivo será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar da **CONTRATANTE**.

Parágrafo único. A permanência do vínculo de que trata o caput é garantida aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656.

Seção III - Das condições comuns aos demitidos e aposentados

Art. 99. O ex-empregado (exonerado, demitido ou aposentado) deve optar pela manutenção da assistência à saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, em

resposta à comunicação inequívoca da **CONTRATANTE** (empresa empregadora), formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

§1º Caberá à **CONTRATANTE** esclarecer aos seus ex-empregados os direitos e obrigações inerentes à permanência deles vinculados a contrato coletivo.
§2º O direito de permanência assegurado ao usuário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 100. A manutenção da condição de usuário prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 é extensiva a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, contudo, não há obrigatoriedade de manutenção de todos os então inscritos, podendo ser mantido o vínculo tão somente pelo ex-empregado, individualmente, e por parte do seu grupo familiar.

Parágrafo único. É facultada a inclusão tão somente de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de usuário, sujeitando-se a inscrição ao cumprimento dos prazos de carência definidos no instrumento de comercialização.

Art. 101. Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, o direito de permanência, observado o prazo do benefício, é assegurado aos dependentes então inscritos no plano privado coletivo de assistência à saúde conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, e nos termos do disposto neste contrato.

Art. 102. No caso de rescisão do presente contrato, e contratação de plano de assistência à saúde em outra operadora, a **CONTRATANTE** deverá garantir a inscrição dos usuários demitidos e aposentados no novo plano, de modo a manter a continuidade do direito em fruição.

Art. 103. A **CONTRATADA** poderá exigir da **CONTRATANTE** prova do prazo de contribuição do então empregado para sua permanência no plano coletivo.

§1º O usuário titular que não contribuir para o plano em seu próprio nome, não fará jus ao direito de permanecer vinculado ao contrato coletivo, e, por consequência, seus dependentes também não terão esse direito, ainda que tenha ocorrido contribuição para o plano de saúde, mas cujos valores sejam relacionados exclusivamente ao grupo familiar do empregado.
§2º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa empregadora, não é considerada contribuição a coparticipação do empregado, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde.

Art. 104. Caso de outra maneira não seja acordada, a **CONTRATADA** efetuará a cobrança das mensalidades diretamente aos usuários demitidos, exonerados e aposentados, desde que estes assumam a responsabilidade pelo pagamento e se sujeitem às regras definidas para os casos de inadimplência.

Art. 105. A **CONTRATANTE** deverá enviar a relação dos usuários que passarão à condição de ex-empregados (e respectivos dependentes vinculados), contendo o prazo de

permanência no benefício. Juntamente com a relação, encaminhará formulário próprio - disponibilizado pela **CONTRATADA** - firmado pelo ex-empregado, com as suas informações cadastrais, e de seus dependentes, e ainda, termo de opção e responsabilidade, além da prova do tempo de contribuição para o plano de assistência à saúde.

Art. 106. A condição de usuário assegurada nos dispositivos acima deixará de existir:
a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos acima;

b) quando da admissão do usuário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo;
c) pelo cancelamento pela **CONTRATANTE** do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos ou aos ex-empregados;
d) pela exclusão dos usuários por inadimplência ou fraude.

Art. 107. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de usuário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 186, e suas posteriores alterações, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Seção IV - Do Plano Individual/Familiar

Art. 108. Nos planos coletivos com vínculo empregatício, no caso de a **CONTRATANTE** decidir não mais contratar plano para seus empregados, estes poderão, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, ingressar em um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que a **CONTRATADA** disponha de plano ativo para comercialização nessa modalidade.
§1º Somente gozarão do aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos os usuários dependentes então inscritos no plano coletivo encerrado.
§2º O valor da mensalidade corresponderá ao preço de comercialização vigente na data da contratação do plano individual/familiar.

TÍTULO XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIARIO

Art. 109. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão dos usuários.
Parágrafo único. Usuário que estiver internado sob a responsabilidade da **CONTRATADA** não será excluído do plano enquanto perdurar essa responsabilidade.

Art. 110. Em observância ao direito do empregado aposentado, ou demitido (ou exonerado) sem justa causa, que contribuir para o plano, de permanecer vinculado à contratação coletiva, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, a **CONTRATADA** somente acatará a solicitação de exclusão de usuário titular:

a) que estiver acompanhada de declaração da **CONTRATANTE** de que o empregado não contribuiu para seu plano de saúde, não sendo, portanto, elegível ao benefício; ou que a demissão se deu por justo motivo; ou
b) mediante manifestação do ex-empregado de que não deseja exercer o seu direito; ou
c) depois de decorridos trinta dias da comprovada comunicação que a **CONTRATANTE** tenha feito ao seu empregado (demitido sem justa causa ou aposentado) informando-o sobre seu direito, sem que houvesse manifestação de interesse em exercê-lo.

Art. 111. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato, e ressalvado o benefício disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, a exclusão do usuário titular do contrato cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

Art. 112. A **CONTRATADA** está autorizada a excluir os usuários ocorrendo fraude por:
I - qualquer ato ilícito praticado na utilização do objeto deste instrumento;
II - utilização indevida do cartão individual de identificação do usuário;
III - omissão ou distorção de informações em prejuízo da operadora ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
IV - descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

Parágrafo único. No conceito de fraude inclui-se a má-fé e a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação e a mentira.

Art. 113. Além das hipóteses de exclusão previstas no artigo acima, fica facultado a qualquer usuário titular solicitar à **CONTRATANTE**, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de seu dependente.

§1º A **CONTRATANTE** deverá cientificar a **CONTRATADA** em até 30 (trinta) dias a contar da solicitação do usuário titular, para que a **CONTRATADA** providencie o processamento da exclusão pleiteada.
§2º Fica facultado à **CONTRATADA** exigir a comprovação da solicitação por parte do usuário titular.
§3º Expirado o prazo mencionado no §1º deste artigo sem que a **CONTRATANTE** tenha providenciado a comunicação de exclusão do usuário junto à **CONTRATADA**, o usuário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à **CONTRATADA**, comprovando a inércia da **CONTRATANTE**.
§4º Caberá à **CONTRATADA** prestar as informações obrigatórias determinadas pela legislação vigente e, ainda, fornecer ao usuário o comprovante do recebimento de sua solicitação de cancelamento do plano.
§5º O pedido de exclusão do usuário titular terá efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da **CONTRATADA**.
§6º As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da exclusão do usuário são de responsabilidade da **CONTRATANTE**.
§7º As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos usuários após a data de solicitação de exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou

emergência, correrão por conta da **CONTRATANTE**, estando a **CONTRATADA** desobrigada a arcar com tais despesas.
§8º A exclusão do usuário titular do plano acarretará na consequente exclusão de seu grupo familiar.
§9º A partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação de exclusão do plano prevista neste artigo, a **CONTRATADA** deverá encaminhar, no prazo de 10 (dez) dias úteis, o comprovante da efetiva exclusão do usuário do plano, por qualquer meio que assegure sua ciência.

Art. 114. É obrigação da **CONTRATANTE** recolher os cartões individuais de identificação dos usuários excluídos do plano ou outros documentos fornecidos pela operadora, e encaminhá-los à sede da **CONTRATADA**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos ônus resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do usuário.

§1º Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes.
§2º O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da **CONTRATADA**, ensejará pedido de reembolso das despesas e indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

TÍTULO XVI – SUSPENSÃO E RESCISÃO

Art. 115. A partir do primeiro dia de atraso no pagamento, a **CONTRATADA**, a seu critério, a qualquer tempo e após a cientificação da **CONTRATANTE**, poderá proceder com a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do valor devido, sem prejuízo de a **CONTRATADA** denunciar o contrato e requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 116. Rescinde-se também este contrato, ocorrendo:
I - qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da **CONTRATANTE** ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
II - redução da massa total negociada no percentual definido no instrumento de comercialização.
III - utilização indevida do cartão individual de identificação, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
IV - omissão ou distorção de informações em prejuízo da **CONTRATADA** ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
V - descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo único - A **CONTRATANTE** evitará a rescisão do contrato caso exclua o autor do ilícito, bem como do respectivo grupo familiar a que ele estiver vinculado.

Art. 117. Na hipótese de a **CONTRATANTE** denunciar o contrato ou der causa à rescisão, nos termos do artigo anterior, durante o período da vigência inicial, esta se obriga a pagar à **CONTRATADA** multa pecuniária equivalente a **50% (cinquenta por cento)** do valor das mensalidades que seriam devidas até o termino do citado prazo, que servirá como patamar mínimo de perdas e danos, ressalvando o seu direito de exigir indenização suplementar, tal como autoriza o parágrafo único do artigo 416 do Código Civil (Lei nº 10.406).

§1º Estando vigente por prazo indeterminado, o contrato poderá ser denunciado imotivadamente por qualquer das partes, **mediante comunicação por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência**, sem quaisquer ônus.

§2º A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica a subsistência das obrigações assumidas.
§3º Durante o aviso prévio previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão imotivada de usuários.

Art. 118. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato, ou permanência do beneficiário, cessa no último dia do prazo da denúncia contratual, ou na data prevista para a exclusão do beneficiário, excluído voluntária ou compulsoriamente, correndo as despesas a partir daí por conta da **CONTRATANTE**.

Art. 119. É obrigação da **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, providenciar a devolução de todos os cartões de identificação dos usuários, e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

Seção Única - Dos Demitidos e Aposentados (Arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98)

Art. 120. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, que se obrigarem a pagar diretamente à **CONTRATADA** as mensalidades, estarão sujeitos às disposições deste instrumento.

Art. 121. O atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, implicará, sempre, a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do valor devido, sem prejuízo de a **CONTRATADA** excluir os inadimplentes do contato e pleitear judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Parágrafo único. A **CONTRATADA** se obriga a notificar o usuário titular com pelo menos dez dias de antecedência antes da suspensão ou exclusão referida no caput.

Art. 122. Será excluído deste contrato o grupo familiar cujo integrante tenha:
I - praticado qualquer ato ilícito na utilização do objeto deste contrato;
II - utilizado indevidamente o cartão individual de identificação UNIMED;
III - omitido ou distorcido informações em prejuízo da **CONTRATADA** ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
IV - descumprido as condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Art. 123. O usuário titular poderá solicitar sua exclusão do plano, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência. A falta de comunicação implica a subsistência das obrigações assumidas.

Art. 124. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do usuário.

Art. 125. É obrigação do usuário titular, na hipótese de exclusão do contrato, providenciar a devolução de todos os cartões de identificação dos usuários, e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

TÍTULO XVII – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 126. Integram a presente contratação a declaração de saúde, a Tabela Referencial, o guia do usuário, guia de leitura contratual, as disposições de propostas ou termos de adesão/admissão, instrumento de comercialização ou qualquer outro documento que disponha sobre os direitos dos usuários.

Art. 127. Os usuários 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.

Art. 128. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da **CONTRATADA**, para a devida apuração.

Art. 129. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços não cobertos pelo contrato ou, quando houver cobertura, eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como: dentro do período de suspensão ou cumprimento de carência, após o término da relação contratual ou atendimento a usuário excluído do plano, ou ainda, em fraude; obrigando-se a **CONTRATANTE** a reembolsar à **CONTRATADA** quaisquer valores que esta despender nessas condições.

Art. 130. A **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 131. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer documento entregue aos usuários, a **CONTRATANTE** deverá comunicar, por escrito, o fato à **CONTRATADA**, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela **CONTRATADA**.

Art. 132. A **CONTRATADA** poderá valer-se da inserção de mensagens no documento de cobrança das contraprestações como meio de veiculação de seus comunicados.

Art. 133. Se qualquer das partes, em benefício da outra, permitir, mesmo por omissão, a inobservância no todo ou em parte de qualquer das cláusulas e condições deste contrato, tal fato não poderá liberar, desonerar ou de qualquer forma afetar ou prejudicar essas mesmas cláusulas e condições, as quais permanecerão inalteradas, como se nenhuma tolerância houvesse ocorrido, não implicando perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 134. A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo, solicitar à **CONTRATANTE**, documentos comprobatórios de vínculo trabalhista, por exemplo, carteira profissional, e/ou CAGED, cadastro de inscrição no FGTS, documentos que comprovem o grau de parentesco de dependentes e certidão de sentença de adoção, entre outros, cabendo à **CONTRATANTE**, enviá-los em até 72 (setenta e duas) horas à **CONTRATADA**, sob pena de exclusão contratual do usuário cuja elegibilidade não tenha sido comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

Art. 135. A **CONTRATANTE**, por si e por seus usuários, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso aos usuários como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos cooperados/assistentes, ou pelos serviços credenciados, e utilizarão da codificação expressa na CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª REVISÃO, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

Parágrafo único. As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo médico, e a **CONTRATADA** fica responsável em tomar todas as precauções necessárias para manter o sigilo técnico sobre o fluxo de informações obtidas em decorrência das atividades descritas no objeto deste instrumento, obedecendo ao que determina o Código de Ética Médica.

Art. 136. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação**.**

Parágrafo único. As partes destacam que a responsabilidade da **CONTRATADA** limita-se à cobertura definida expressamente neste instrumento, considerando-se o rol de procedimentos taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos usuários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente incluídos neste contrato ou no rol de procedimentos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não têm cobertura.

Art. 137. A **CONTRATANTE** reconhece como dívida liquida e certa, sendo o pagamento de sua inteira responsabilidade, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados a seus usuários, cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**, independentemente da

data de início do tratamento, bem como, os sinistros havidos com as coberturas médicas hospitalares, previstas ou não neste contrato, que a **CONTRATADA** possa a ser compelida a garantir por força de decisão judicial em decorrência de ação ajuizada por beneficiário, independentemente do motivo.

Art. 138. O guia de serviço de saúde será disponibilizado no Portal Corporativo (site) da **CONTRATADA** na Internet, de acordo com a RN nº 285 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no qual constará a relação de prestadores próprios, cooperados e credenciados disponíveis para cada plano contratado.

Art. 139. Fazem parte do presente contrato quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, como, mas não se limitando, proposta de adesão, declaração de saúde, tabela de reembolso, guia do beneficiário, guia de leitura contratual, dentre outros.

Seção I - Das Definições

Art. 140. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:
I - CONTRATANTE: é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os usuários.
II - CONTRATADA: é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano contratado, nos termos deste instrumento, por meio dos médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.
III - USUÁRIO: é a pessoa física inscrita no plano que usufruirá os serviços ora pactuados, na qualidade de titular ou dependentes.

Art. 141. Também são assim definidos:

I. 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.
II. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
III. AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. A **CONTRATADA** não adota essa alternativa em seus contratos.
IV. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
V. CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

VI. CARÊNCIA: é o período ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, ou da data da adesão ao plano, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.
VII. CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, data de nascimento, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.
VIII. CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. IMPORTANTE: os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS da respectiva segmentação assistencial contratada.
IX. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é a suspensão, pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em unidades de tratamento intensivo (assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas em norma do Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998) e procedimentos de alta complexidade, relacionados à doença ou lesão preexistente.
X. CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é um 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, acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
XI. CONTRAPRESTAÇÃO: valor pago à **CONTRATADA** em contrapartida às obrigações assumidas, podendo ser fixa e mensal (mensalidade) ou ainda em razão da utilização específica da cobertura.
XII. CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR: é um contrato de livre adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.
XIII. CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação de emprego ou estatutária, podendo abranger ainda, conforme previsão contratual, os sócios, administradores, demitidos, aposentados, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários, menores aprendizes, e respectivos grupos familiares**.**
XIV. CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com a pessoa jurídica contratante de caráter profissional, classista ou setorial, tais como conselhos profissionais e entidades de classe, sindicatos, associações profissionais, cooperativas que congreguem membros de categorias, podendo abranger, conforme previsão contratual, os respectivos grupos familiares.
XV. CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.
XVI. COPARTICIPAÇÃO: é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade.
XVII. CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujos valores são aferidos por meio de tabelas pré-definidas ou correspondentes àqueles cobrados pelos prestadores de serviço, podendo ser acrescido de um percentual a título de despesas administrativas.
XVIII. DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT) e DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): definem critérios cujo atendimento é condição para que haja direito à cobertura dos procedimentos específicos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS); sem o cumprimento das exigências (critérios das diretrizes) a operadora não estará obrigada a dar a cobertura do procedimento.

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

XX. DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas consequências, do qual o usuário (ou seu responsável) tenha conhecimento antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatada por exame pericial de admissão.

XXI. ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

XXII. EMERGÊNCIA: é o evento que implicar risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

XXIII. EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

XXIV. EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

XXV. EXAMES BÁSICOS: exames não classificados como PAC e sem DUT.

XXVI. EXAMES ESPECIAIS: exames classificados como PAC e/ou com DUT.

XXVII. EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela **CONTRATADA** cuja finalidade é identificar doença e lesão que o usuário seja portador antes da contratação.

XXVIII. GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

XXIX. HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA, CATEGORIA DIFERENCIADA OU PRIMEIRA LINHA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços, acima dos praticados pelos demais estabelecimentos do mercado, não se sujeitando a tabela de referência de terceiros.

XXX. INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

XXXI. MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

XXXII. MÉDICO DE FAMÍLIA: médico que realiza os atendimentos no Núcleo de Saúde.

XXXIII. MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à **CONTRATADA**, em face das coberturas e coparticipação pecuniária previstas no contrato.

XXXIV. "NÚCLEO DE SAÚDE": unidade de atendimento prévio para consulta com o médico de família, que indicará o médico especialista para agendamento de consulta ou realização de exames.

XXXV. ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

XXXVI. PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXVII. PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo(a) **CONTRATANTE**; produto.

XXXVIII. PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

XXXIX. PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PARA CASOS DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA): são aqueles relacionados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até vinte e quatro meses.

XL. PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
XLI. RECEITA ou INGRESSO: é o valor total arrecadado pela **CONTRATADA**, compreendendo as mensalidades, a coparticipação, se houver, e, ainda, eventual faturamento em custo operacional (preço pós-estabelecido).
XLII. RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS PELA OPERADORA: são aqueles colocados à disposição do usuário pela **CONTRATADA**, para atendimento médico-hospitalar e diagnose, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.
XLIII. RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS PRÓPRIOS: todo recurso físico, hospitalar ou ambulatorial, de propriedade da **CONTRATADA**, e ainda, profissional assalariado ou cooperado da **CONTRATADA**.
XLIV. ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológica e o plano referência).
XLV. SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos, constantes da relação entregue à **CONTRATANTE**, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.
XLVI. TABELA DE REFERÊNCIA ou REFERENCIAL: 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, utilizada para fins de reembolso, de acordo com as condições expressas no contrato.
XLVII. TERAPIAS: são procedimentos e eventos de saúde, realizados por médicos e/ou profissionais da saúde, que visam ao tratamento da origem, sintoma e natureza das doenças do corpo (patologias somáticas), da mente (patologias psíquicas) e a inter-relação entre corpo e mente (patologias psicossomáticas).
XLVIII. URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.
XLIX. USUÁRIO: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde.

Seção II - Da Conduta Profissional e Empresarial Recomendável

Art. 142. A **CONTRATADA** envidará todos os esforços para cumprimento dos itens abaixo, uma vez que são práticas observadas e valorizadas pela(s) **CONTRATANTE(S)**, de modo geral, e recomendável a todas as empresas, a saber:

Art. 143. Buscar o desenvolvimento sustentável da sociedade como um todo.

Art. 144. Adotar práticas socialmente responsáveis, comprometendo-se com o bem-estar de seus colaboradores e/ou pessoas que indireta ou diretamente lhe prestam serviços, proporcionando-lhes condições adequadas e que não sejam prejudiciais ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social; e

Art. 145. Obter as certificações existentes para o seu setor de atuação.

Art. 146. Respeitar toda e qualquer legislação do meio ambiente, especialmente, preservando-o e não cometendo atos e/ou omissões danosas ao meio ambiente, observando, inclusive as normas quanto à destinação de eventuais resíduos decorrentes da sua própria atividade, sendo declarado ainda, a não utilização de insumos objeto de exploração ilegal de recursos naturais.

Art. 147. Não adotar práticas de discriminação de qualquer gênero, dentro ou fora da relação de emprego e/ou de prestação de serviços, especialmente, mas não somente por motivos de sexo, origem, raça, cor, condição física, religião, estado civil, idade, situação familiar ou estado gravídico, dentre outros.

Art. 148. A conduta da **CONTRATADA** perante seus prestadores de serviços, fornecedores e demais parceiros comerciais está definida no Código de Conduta Unimed, que poderá ser consultado pela(s) **CONTRATANTE(S)**, no site www.centralnacionalunimed.com.br / link: Institucional/Quem Somos / Código de Conduta. No mesmo link, está disponível canal de denúncia ao descumprimento dos princípios acima identificados.

TÍTULO XVIII – ELEIÇÃO DE FORO

Art. 149. Fica eleito o foro do domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Este produto está registrado na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sob o nº 486.752/20-1, conforme legislação vigente.

Operadora: CENTRAL NACIONAL UNIMED
CNPJ: 02.812.468/0001-06
Nº de registro na ANS: 33967-9
Nº de registro do produto: 486.752/20-1
Site: http://www.centralnacionalunimed.com.br
Tel.: 0800.942.0011

Guia de Leitura Contratual

		Páginas do contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares: pode ser coletiva ou individual.	1
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	1
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	4
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	9
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	11

		Páginas do contrato
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	10
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	14
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	10
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	27
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	19
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	22

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br