

INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE DE 01-29; 30-99 E 100-199 VIDAS

1. DAS PARTES:

As partes estabelecidas no “Resumo da Contratação” afirmam ter conhecimento das regras previstas neste instrumento de comercialização.

2. DOS PRODUTOS CONTRATADOS:

1.1. Os produtos contratados estão selecionados no “Resumo da Contratação”.

1.2. Importante frisar que cada produto contratado relacionado no “Resumo da Contratação” possui um anexo específico a este instrumento, no qual estão presentes todas as cláusulas e condições previamente registradas na ANS.

2.3. Para mudança de produto inferior para superior (Up Grade), o usuário deverá cumprir as carências abaixo relacionadas relativas, se houver, aos novos serviços, nova acomodação ou novos prestadores:

a) **180 dias:** para internações em geral.

2.4. O usuário que mudar de produto superior para inferior (*Down Grade*) somente poderá fazer nova mudança após o intervalo de 12 (doze) meses.

3. DAS CARÊNCIAS E DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:

3.1. Se durante a vigência do contrato o grupo beneficiado for diminuído para menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, será exigido o cumprimento dos prazos de carências informados na cláusula 3.5 para novos beneficiários.

3.2 Nos casos em que durante a vigência do contrato o grupo beneficiado for ampliado para igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, deixará de ser exigido o cumprimento dos prazos de carência informados na cláusula 3.5.

3.3 Nos contratos com 30 (trinta) ou mais **BENEFICIÁRIOS** em que o **BENEFICIÁRIO** titular tenha sido incluído sem exigência de cumprimento de prazos de carência, quando ocorrer a inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, cuja relação de dependência tenha se verificado durante a vigência do Contrato, o prazo para cadastramento sem a exigência de prazos de carência será de até 30 (trinta) dia contados da data do evento que originou essa relação e desde que no momento da inclusão, o contrato tenha 30 (trinta) ou mais **BENEFICIÁRIOS**. Após este prazo, os novos dependentes poderão ser incluídos considerando os períodos de carências e Cobertura Parcial Temporária - CPT, se aplicáveis.



3.4 Quando a contratação ocorrer na forma da cláusula 3.2, será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

3.5 Este contrato prevê os seguintes períodos de carência:

Eventos	Prazo de carência e CPT
Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial	24 horas
Consultas	Isento
Exames Básicos	Isento
Exames complexos (exames classificados no rol de procedimentos da ANS como PAC ou com DUT)	180 dias
Terapias	180 dias
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 dias
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 dias
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas	180 dias
Parto a termo	300 dias
Cobertura Parcial Temporária para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade Relacionados com Doenças ou Lesões Preexistentes	24 meses

3.6. A alteração do plano do usuário Titular aplica-se também para os seus Dependentes.

4. DO SISTEMA PERSONAL AIS E CLÍNICAS PERSONAL

4.1. Para atendimento, os beneficiários possuirão acesso às **Clínicas Personal**, local destacado para promoção da saúde, tratamento, reabilitação e desenvolvimento do auto cuidado, garantindo assim o atendimento pela equipe de referência (composta por um médico e enfermeira), que será o responsável pela gestão da saúde do paciente, nos termos e condições previstas nas condições gerais do produto contratado.

4.2. Os beneficiários possuirão acesso às Clínicas Personal e rede parametrizada em seus respectivos produtos, as quais poderão ser consultadas através do Portal do Beneficiário CNU, aplicativo Meu Plano, bem como os demais canais telefônicos disponibilizados no site www.centralnacionalunimed.com.br.

4.3. Os atendimentos a serem realizados nas Clínicas Personal, serão conduzidos por uma equipe de referência (médico e enfermeira), sendo esses profissionais capacitados para atender o beneficiário em todo ciclo de vida (gestante, criança, adolescente, jovem, adulto e idoso).

4.3.1. A equipe de referência irá realizar atendimentos voltados para o beneficiário na sua totalidade e, se necessário, encaminhará para o especialista focal para avaliação complementar.

4.3.2. As beneficiárias gestantes e os beneficiários que se encontram em tratamento oncológico, deverão dar continuidade no atendimento/tratamento através da rede Personal AIS.

4.4. As solicitações de exames serão realizadas conforme pedido da equipe de referência e obedecerão as regras parametrizadas no produto, conforme disposto no anexo das condições gerais.

4.5. O retorno com o especialista focal ocorrerá de acordo com a definição do profissional, dentro do prazo de 89 (oitenta e nove) dias. Tal retorno ocorrerá conforme o plano terapêutico determinado individualmente e baseado em protocolos clínicos e assistenciais.

5. DOS PREÇOS:

5.1. Os valores estarão descritos no anexo próprio do(s) produto(s) adquiridos pela parte.

6. DA TAXA DE INSCRIÇÃO:

6.1. A **CONTRATANTE** pagará o valor de **R\$ 10,00 (dez reais)** *per capita* a título de inscrição por vida. Os usuários inativos estão isentos do pagamento da taxa de inscrição.

6.2. Este valor deverá ser reajustado, utilizando-se os mesmos parâmetros para reajuste das mensalidades constantes deste instrumento.

7. DOS REAJUSTES:

7.1. Nos termos da Lei, os reajustes das mensalidades e inscrições ocorrerão nas datas bases anuais do contrato, seguindo os parâmetros abaixo especificados.

7.1.1. Em vista da manutenção dos ex-empregados nos mesmos produtos em que se encontravam quando dos respectivos desligamentos da **CONTRATANTE**, independentemente do enquadramento acima previsto, fica claro que a sinistralidade da massa de ativos e de inativos serão apuradas em conjunto, sendo aplicado um percentual único de reajuste nos preços dos beneficiários inscritos pela **CONTRATANTE**.

7.2. Para aplicação do reajuste financeiro (por correção monetária), fica estipulado o **VCMH (Variação dos Custos Médicos Hospitalares)**, da **Central Nacional Unimed**.

7.2.1. O VCMH será apurado pela Central Nacional Unimed, ora **CONTRATADA**, e homologado por Auditoria Independente.

7.2.2. O VCMH será calculado anualmente no mês de maio e será válido para os reajustes realizados em julho do mesmo ano até junho do ano subsequente.

7.2.3. Os índices anuais do VCMH serão divulgados no Portal eletrônico da CONTRATADA (www.centralnacionalunimed.com.br), ficando, assim, disponíveis para consultas, assim como a forma e composição do cálculo.

7.3. Fórmulas para análise dos reajustes:

7.3.1. Será considerado o VCMH para apuração dos reajustes financeiros.

7.3.2. Será utilizada a formulação abaixo para apuração dos reajustes técnicos:

$$RT = (\text{Sinistralidade} / LIM) - 1$$

Legenda:

RT = Reajuste Técnico

Sinistralidade = Despesas geradas pela utilização dos serviços assistenciais à saúde / Receita recebida (não fará parte deste dispositivo a taxa de inscrição per capita)

LIM = Limite esperado de utilização em relação à receita (70%)

7.3.3. Será utilizada a seguinte formulação para apuração do índice de reajuste final:

$$IR = ((1 + RT) * (1 + RF)) - 1$$

Legenda:

IR = Índice de Reajuste

RT = Reajuste Técnico

RF = Reajuste Financeiro

7.3.4. No caso da sinistralidade apurada não atingir o limite técnico contratado, ou seja, mínimo de 70%, haverá a aplicação apenas do reajuste financeiro, conforme índice contratado.



7.4. O reajuste do presente Instrumento de Comercialização será feito de acordo com seu número de vidas, que será apurado no momento da celebração do Instrumento de Comercialização, e reanalisado a cada aniversário do contrato, conforme critérios descritos abaixo:

7.4.1. Do reajuste de PME

7.4.1.1. Considerando o disposto na Resolução Normativa – RN nº 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e no(s) produto(s) contratado(s), caso na data de celebração do Instrumento de Comercialização, ou nas respectivas datas de aniversário, a massa populacional inscrita seja igual ou inferior a 29 (vinte e nove) usuários, a CONTRATANTE reconhece que fará parte de um agrupamento contratual, composto por todos os contratos coletivos com até 29 vidas beneficiários (PME), participantes da carteira de beneficiários da CONTRATADA, para cálculo da sinistralidade, sendo que deverão ser observadas as seguintes regras:

7.4.1.2. Para composição de cálculo de reajuste, deverão ser consideradas as “despesas” e “receitas” de todos os contratos constantes do agrupamento PME da CONTRATADA.

7.4.2. Dos reajustes para empresas classificadas como “Porte 2” ou “Porte 3”.

7.4.2.1. Caso na data de celebração do Instrumento de Comercialização, ou nas respectivas datas de apuração (compreendida pelo mês de aniversário do ano anterior à aplicação), a massa populacional inscrita se enquadre entre 30 (trinta) e 99 (noventa e nove) usuários (Porte 2), ou se enquadre entre 100 (cem) e 199 (cento e noventa e nove) usuários (Porte 3), a CONTRATANTE reconhece que fará parte de um dos agrupamentos contratuais para cálculo da sinistralidade, onde deverão ser observadas as seguintes regras abaixo indicadas:

7.4.2.2. A aplicação do disposto no item 7.4.2.1., será subdividida nas 3 (três) subcategorias abaixo, conforme o nível de sinistralidade apurado individualmente no período de análise, através da divisão obtida entre despesas geradas pela utilização dos serviços assistenciais à saúde e a receita recebida:

- a) A primeira subcategoria, composta pelos contratos com índice de sinistralidade menor ou igual a 70% (setenta por cento), será reajustada pelo VCMH vigente no mês de sua data base, conforme item 7.2.
- b) A segunda subcategoria, composta pelos contratos com índice de sinistralidade maior que 70% (setenta por cento) e menor ou igual a 90% (noventa por cento), será reajustada pelo índice de reajuste apurado no agrupamento dos contratos com sinistro neste intervalo, conforme fórmulas constantes do item 7.3.



- c) A terceira subcategoria, composta pelos contratos com índice de sinistralidade maior que 90% (noventa por cento), será reajustada pelo índice de reajuste apurado no agrupamento dos contratos com sinistro neste intervalo conforme fórmulas constantes do item 7.3.

7.5. Serão mantidas as datas-bases de todos os contratos constantes do agrupamento PME, PORTE 2 e PORTE 3 da **CONTRATADA**, porém o período de apuração será único - janeiro a dezembro do ano anterior à aplicação do reajuste e percentual definido será disponibilizado para aplicação nos meses de maio a abril do ano subsequente ao período de cálculo do reajuste.

7.6. Enquanto a **CONTRATANTE** fizer parte do agrupamento de contratos PORTE 2 ou 3 da **CONTRATADA** mencionado no item 7.4.2 acima, prevalecerão apenas as regras contidas nos subitens 7.4.2.2.

7.7. Caso na data de celebração do Instrumento de Comercialização, ou nas respectivas datas de aniversário, a massa populacional inscrita seja de 200 (duzentas) ou mais usuários, a análise do reajuste será individual, conforme fórmula constante do item 7.3.

7.7.1. Periodicidade para apuração:

Reajuste Financeiro (Correção Monetária): VCMH vigente, da Central Nacional Unimed, conforme percentual homologado e disponibilizado no Portal;

Reajuste Técnico: o período de análise compreenderá os meses de janeiro a dezembro de cada ano;

Aplicação: na data base anual do contrato.

7.7.2. Os valores previstos neste tópico também poderão ser ajustados se ocorrer alterações legais que acarretem a criação de novos tributos ou contribuições, ou quaisquer acréscimos ou decréscimos nos tributos ou contribuições já existentes, aplicando-se este ajuste proporcionalmente à efetiva incidência no período contratual.

8. DO VENCIMENTO E DAS REGRAS COMPLEMENTARES PARA FATURAMENTO:

8.1. As faturas decorrentes dos produtos contratados terão data de vencimento variável de acordo com a vigência do contrato, conforme tabela a seguir:

Data de Vigência	Data de Vencimento da Fatura
1	10
10	20
20	1



8.2. As faturas relativas à **coparticipação** terão vencimento no **dia 25** de cada mês, independentemente da data de vigência do contrato.

8.3. Em hipótese alguma, as faturas poderão ser pagas após a data do respectivo vencimento, sendo certo que eventuais contestações e/ou acertos somente deverão ser discutidos posteriormente.

8.3.1. Havendo atraso no pagamento, ficará facultado à **CONTRATADA** a suspensão dos serviços contratados, sem prejuízo de rescisão motivada do contrato, à critério da **CONTRATADA**.

8.4. As faturas deverão ser pagas através de boleto bancário, exceto em caso de prévia autorização da **CONTRATADA**.

8.5. As faturas somente poderão ser devolvidas para a **CONTRATADA** no caso de prévio contato por parte da **CONTRATANTE** e, ainda, no caso de os valores contestados serem superiores a 50% do total da fatura.

8.6. As faturas para pagamento serão disponibilizadas no portal da **CONTRATADA** (www.centralnacionalunimed.com.br) onde o usuário terá um *login* e *senha* para acesso.

9. DA VIGÊNCIA:

9.1. O prazo mínimo deste contrato será de **12 (doze) meses, com início determinado no “Resumo de Contratação”**, sendo certo que poderá ser prorrogado automaticamente por prazo indeterminado, desde que não ocorra manifestação de quaisquer das partes em sentido contrário.

9.2. Durante a vigência do presente instrumento, por livre negociação entre as partes, poderá haver a contratação pela **CONTRATANTE** de outros produtos da **CONTRATADA**, devendo, no entanto, ser observadas as condições específicas constantes de cada produto, além da assinatura de termo próprio.

10. DA RESCISÃO DESTE INSTRUMENTO E DO CANCELAMENTO DE PRODUTOS CONTRATADOS:

10.1. Na hipótese de a **CONTRATANTE** denunciar o contrato **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 término do citado prazo em decorrência dos produtos contratados (tomando como base para o cálculo a média dos 3 (três) últimos faturamentos gerados antes da**



ocorrência que gerou justa causa para rescisão), que servirá como patamar mínimo de perdas e danos, ressaltando o seu direito de exigir indenização suplementar, tal como autoriza o parágrafo único do artigo 416 do Código Civil vigente, sem prejuízo do cumprimento do aviso prévio de 60 (sessenta dias), conforme estipulado pela legislação vigente.

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

10.3. Este instrumento estará rescindido automaticamente, nas seguintes hipóteses:

A - Atraso no pagamento de quaisquer valores por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência deste instrumento;

B - Qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da **CONTRATANTE** ou por qualquer usuário, na utilização dos serviços deste instrumento, caso não exclua o responsável;

C - Utilização indevida do cartão individual de identificação UNIMED, caso não exclua o responsável;

D - Omissão ou distorção de informações em prejuízo da **CONTRATADA** ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;

E - Descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato;

F – Caso todos os produtos contratados sejam cancelados.

10.3.1. Caso este Instrumento de Comercialização for rescindido por um dos motivos acima citados nos primeiros 12 (doze) meses da sua vigência, será devida a multa prevista no item 10.1.

10.4. A **CONTRATANTE** evitará a rescisão do Instrumento de Comercialização caso exclua o autor do ilícito, bem como do respectivo grupo familiar a que ele estiver vinculado.

10.5. Para cancelamento de quaisquer dos produtos contratados, deverão ser observadas as condições específicas constantes de cada um deles, além da assinatura de termo próprio.

11. DAS DISPOSIÇÕES COMERCIAIS:

11.1. As faturas emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas nas informações sobre a movimentação cadastral enviada pela **CONTRATANTE**, sendo que a cobrança será realizada de forma proporcional ao período de cobertura da prestação de serviço.



11.2. As utilizações indevidas especificadas nos produtos anexos serão cobradas em sistema de custo operacional acrescido de taxa administrativa de **15%** (quinze por cento), que serão sempre calculados de acordo com os parâmetros previstos na "Tabela CNU", registrada em Cartório de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo – SP – Registro 3.674.634, independentemente do valor efetivamente pago para o prestador de serviço ou para as demais cooperativas do Sistema Nacional Unimed (intercâmbio).

11.2.1. Excepcionalmente para os procedimentos abaixo, já ficam estabelecidos os seguintes parâmetros para efeito de cobrança da utilização indevida, independentemente do que constam das tabelas citadas nos itens anteriores:

- Consulta: R\$ 78,00 (setenta e oito reais);
- Terapias (Fonoaudiologia, Psicoterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Fisioterapia): R\$ 44,00 (quarenta e quatro reais).

11.2.2. Os valores citados no item 11.2.1. serão revistos anualmente.

11.3. Em decorrência da emissão de vias adicionais do cartão de identificação, a **CONTRATADA** cobrará da **CONTRATANTE** o valor de **R\$ 5,00** (cinco reais) por cada emissão.

11.4. 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.

11.5. A(s) **CONTRATANTE(S)/SUBCONTRATANTE(S)** declaram que, antes da assinatura do presente instrumento, foi-lhes apresentado o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS correspondente aos produtos contratados.

11.6. São partes integrantes do presente Instrumento de Comercialização os anexos relativos a cada um dos produtos contratados.

11.7. A **CONTRATANTE** tem ciência que a **CENTRAL NACIONAL UNIMED** não compactua ou aceita nenhuma forma de ação considerada antiética e/ou em desacordo com as boas práticas de governança, transparência e legislação vigente, em especial à lei 12.846/2013 – Anticorrupção e suas correlatas. Dando ciência às autoridades e tomando as demais ações cabíveis sempre que obtiver conhecimento de tais fatos.

12. DO PLANO REFERÊNCIA:

12.1. Na data de celebração do presente instrumento, a **CONTRATANTE** foi comunicada que possui o Plano Referência à sua disposição para contratação, conforme determina a Lei nº 9.656/98, com tipo de contratação coletivo empresarial e registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob nº 401.149/98-0. Porém, por sua livre iniciativa, a **CONTRATANTE** não se interessou por sua contratação e optou apenas pela contratação dos produtos assinalados no item 2.1 deste Instrumento de Comercialização.

13. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO NA REDE DE PRESTADORES

13.1 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.

13.2 Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

i - Consultas médicas: os beneficiários serão atendidos nas Unidades “Personal” 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 de referência das Unidades “Personal”. As consultas de pronto socorro serão realizadas em hospitais da rede credenciada da **CONTRATADA** vinculada ao produto contratado.

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

iii - Exames complementares e serviços auxiliares: 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**.

13.3. As utilizações nas Clínicas “Personal”, especialidades e exames prescritos/indicados por profissionais do centro de referência não estarão sujeitas ao pagamento de coparticipação, pelos beneficiários e respectivos dependentes.

14. DO FORO DE ELEIÇÃO:

14.1. 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.

