

INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAL/FAMILIAR

Este contrato é de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

DEFINIÇÕES:

TIPO DE CONTRATAÇÃO INGRESSO INDIVIDUAL - é aquele que tem, no momento da assinatura da Proposta de Admissão, um único beneficiário.

INGRESSO FAMILIAR - é aquele que tem como beneficiário, além do ASSOCIADO TITULAR, o mínimo de 1 (um) associado dependente, seu familiar.

1. DAS PARTES:

As partes (titular e dependentes) estabelecidas no "Resumo da Contratação" afirmam ter conhecimento das regras previstas neste instrumento de comercialização.

2. DOS PRODUTOS CONTRATADOS:

2.1. Os produtos contratados estão selecionados no "**Resumo da Contratação**".

2.2. A regra de coparticipação para produtos com estas características será descrita em seus respectivos anexos.

2.3. Para mudança de produto o CONTRATANTE deverá cumprir as seguintes regras:

- a. Para usar a portabilidade pela primeira vez, o **CONTRATANTE** deverá estar no seu plano de saúde há pelo menos 2 (dois) anos ou 3 (três), no caso do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT).
- b. O **CONTRATANTE** não pode estar em carência no plano de origem para usar a portabilidade.
- c. A partir da segunda vez, basta estar por no mínimo um ano no plano.

102019

- d. Nos casos de mudança de plano previsto na alínea “a” ou “c”, o **CONTRATANTE** poderá fazer a portabilidade em até 4 meses a partir do mês de aniversário do contrato. Caso não a utilize nesse período, poderá fazê-lo somente no ano seguinte, também em até 4 meses a partir do mês de aniversário do contrato.

3. QUEM PODE CONTRATAR:

3.1 O **CONTRATANTE** é o usuário titular.

3.2. 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 23 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,
- e) os filhos comprovadamente inválidos.

3.2.1. A inclusão do **CONTRATANTE** e respectivos dependentes será processada por meio do “Resumo de Contratação” que integra este contrato para todos os fins de direito.

3.2.2. Desde que conste no “Resumo de Contratação”, poderão ser incluídos no contrato outros integrantes do grupo familiar que tenham com o usuário titular parentesco consanguíneo até o terceiro grau, ou até o segundo grau de parentesco por afinidade.

3.3. 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.

3.4. Caso ainda não esteja completado o prazo previsto na letra 'b' do inciso I do artigo 3.3, o recém-nascido aproveitará os períodos de carência cumpridos pelo pai, mãe ou responsável legal.

3.4.1. Ultrapassados os prazos previstos na letra 'a' do inciso I, e nos incisos II e III da cláusula 3.3, **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.

3.5. O CONTRATANTE é obrigado a fornecer todos os dados exigidos pela norma para envio de cadastro de beneficiários 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.

3.6. O pedido de inclusão dos usuários constitui declaração da existência de vínculo entre o CONTRATANTE e o beneficiário dependente, podendo ser solicitada comprovação a qualquer tempo.

3.7. É vedada a inclusão de beneficiários anteriormente excluídos do plano, sem cumprimento do período de 180 (cento e oitenta) dias de carência para quaisquer coberturas, exceto os casos caracterizados como urgência e emergência, que, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição, terão as coberturas definidas neste instrumento.

4. DAS CARÊNCIAS E DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:

4.1. O direito de atendimento aos beneficiários deste Contrato encontra-se vinculado aos seguintes prazos de carência:

Eventos	Carências Novos Inscritos
Urgência e Emergência na Segmentação	24 horas
Consultas	30 dias
Exames Básicos	30 dias
Exames Especiais	180 dias
Procedimentos Terapêuticos Especiais	180 dias
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 dias
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 dias
Internações Clínicas e Cirúrgicas	180 dias
Internações Psiquiátricas	180 dias
Internações Obstétricas	180 dias
Parto a termo	300 dias

4.1.1. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização 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 contratante, não cabendo ônus à operadora.

4.2. A contagem dos prazos de carência terá início a partir do ingresso de cada beneficiário.

4.3. A CONTRATADA admitirá a transferência de beneficiários de um plano para outro, ficando, contudo, sujeito a novos prazos de carências, em razão da alteração do padrão de acomodação e/ou da rede credenciada eventualmente acrescida, conforme os critérios seguintes, nos casos de transferência para um plano superior:

102019

Eventos	Prazo de carência e CPT
Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial	24 horas
Consultas Eletivas	30 dias
Exames simples	30 dias
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

4.3.1. o prazo de carência definido nesta cláusula será contado a partir do primeiro dia do mês subsequente ao do pedido da referida transferência.

4.4. Será, porém, admitida a transferência de beneficiário de um plano superior para outro inferior sem carências.

5. DA REMOÇÃO

5.1. 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

102019

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.

6. DO REEMBOLSO

6.1. 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.**

6.1.1. 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 disponível na rede de prestadores do plano para o atendimento de urgência e emergência.

6.2. 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;

102019

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.

6.2.1. 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.

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

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

7. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

7.1. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o **cartão individual de identificação** referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de 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.

7.1.1. 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.**

102019

7.2. 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 referente ao plano adquirido**, conforme Guia de Serviços de Saúde.

7.2.1. As consultas deverão ser realizadas no consultório do **médico escolhido entre aqueles pertencentes à rede própria ou contratada do plano.**

7.2.2. Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico são garantidos pela **CONTRATADA, por meio da rede própria ou contratada constante no Guia.**

7.2.3. Desde que executados na rede de prestadores do plano e atendidas as condições contratuais, estará garantida a cobertura dos serviços diagnósticos e tratamentos, ainda que o profissional solicitante não pertença à rede própria ou contratada da operadora.

7.2.4. 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.

7.3. 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.

7.4. Caso o beneficiário 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.

7.5. 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.

7.5.1. 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

102019

idênticos, e poderá ser prorrogado mediante justificção médica a ser apresentada à OPERADORA.

7.6. Na internação caracterizada como urgência ou emergência, sem autorização prévia, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar a respectiva autorização da internação e procedimentos, sob pena de a CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

7.7. 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.

7.8. 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.

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

7.10. 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.

7.11. 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.

7.11.1. 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.



7.12. 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.

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

7.13. A CONTRATANTE participará, conforme percentuais e/ou valores especificados no instrumento de comercialização, 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.

7.13.1. Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de coparticipação.

8. DOS PREÇOS:

8.1. Os valores estarão descritos no "Resumo de Contratação".

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

8.2. O CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA, por usuário inscrito, o valor de Inscrição descrito no "Resumo da Contratação" e as Mensalidades.

8.2.1. A INSCRIÇÃO, a ser paga uma única vez, juntamente com a primeira mensalidade, corresponde ao valor atribuído à remuneração pelos custos de implantação do plano: cadastramento dos usuários, expedição de documentação, Cartões Individuais de Identificação etc.

8.2.2. As MENSALIDADES, cujos valores são **afetados 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.

102019



8.2.3. Os valores e critérios de cobrança estão dispostos no “Resumo de Contratação”.

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

8.4. 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) da Fundação Getúlio Vargas, 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**.

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

8.6. Se o **CONTRATANTE** 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**, através do portal do beneficiário.

9. DA TAXA DE INSCRIÇÃO:

9.1. A **CONTRATANTE** pagará o valor de inscrição descrito no “Resumo de Contratação”, *per capita* a título de inscrição por vida. Os usuários inativos estão isentos do pagamento da taxa de inscrição.

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

10. DO VENCIMENTO E DAS REGRAS COMPLEMENTARES PARA FATURAMENTO:

10.1. Trata-se de plano de assistência à saúde com valores preestabelecidos, onde o cálculo do valor da contraprestação pecuniária é efetuado pela **CONTRATADA** antes da utilização das coberturas, sendo,



portanto cobradas pelo sistema de pré-pagamento. Os valores estão descritos no "Resumo de Contratação", acrescido da coparticipação, se for característico do produto adquirido.

10.2. Os valores mensais serão pagos nos dias indicados no "Resumo de Contratação".

10.2.1. O não recebimento do boleto bancário ou outro instrumento de cobrança não desobriga o **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

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

10.3. A troca de vencimento poderá ser realizada mediante análise da **CONTRATADA** e se concedida tratar-se-á de mera liberalidade da **CONTRATADA** tendo em vista que não há obrigatoriedade para tal. Nesta hipótese haverá cobrança dos valores pro-rata.

10.4. Em casos de atraso no pagamento das Taxas Mensais de Manutenção, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da atualização do valor da Taxa Mensal, pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.

10.5. Havendo atraso no pagamento superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, ficará facultado à **CONTRATADA** a suspensão dos serviços contratados, sem prejuízo de rescisão motivada do contrato, à critério da **CONTRATADA**.

11. DA VIGÊNCIA:

11.1. 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.

11.2. Durante a vigência do presente instrumento, por livre negociação entre as partes, poderá haver a contratação pelo **CONTRATANTE** de outros

102019



produtos da **CONTRATADA**, devendo, no entanto, ser observadas as condições específicas constantes de cada produto, além da assinatura de termo próprio.

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

12.1. A rescisão contratual unilateral por parte da **CONTRATADA** de planos contratados individualmente somente poderá ocorrer em 2 (duas) hipóteses:

a. **FRAUDE:** com exceção à fraude no preenchimento da declaração de saúde, que será tratada em conformidade com a regulamentação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, sempre que, por fraude em documento ou informação, obtiver o **CONTRATANTE** e/ou seu(s) beneficiário(s) qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da **CONTRATADA**, acarretará a imediata exclusão do **CONTRATANTE** e seus dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga.

b. **INADIMPLÊNCIA:** não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o 50º (quingentésimo) dia de inadimplência.

b.1. Na situação acima, a rescisão ocorrerá mesmo que o **CONTRATANTE** venha a realizar o pagamento futuro de boletos em seu poder, mesmo que emitido pela **CONTRATADA**, após o período previsto para a rescisão ou até por depósito bancário.

12.1.1. Na hipótese de rescisão contratual por inadimplência, a notificação correspondente poderá ocorrer apenas por mera liberalidade da **CONTRATADA**.

12.2. A rescisão contratual expressa, por iniciativa do **CONTRATANTE** somente poderá ocorrer mediante solicitação, escrita, assinada ou por qualquer outro meio possível e admitido em Legislação, a ser encaminhada à **CONTRATADA**.

12.3. Caso o presente contrato seja rescindido antes do término da primeira vigência contratual, fica o **CONTRATANTE**, obrigado ao pagamento,

102019



de uma só vez, de multa de 10% sobre todos os valores das contraprestações pecuniárias restantes para se completar a primeira vigência contratual.

12.4. O **CONTRATANTE** admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, quanto ao valor principal da obrigação contratual, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, do excesso de permanência, por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Contrato.

12.5. Na hipótese de cobrança judicial além dos valores líquidos, certos e exigíveis, arcará o devedor com as custas das despesas processuais, multa contratual fixada em 2% do valor do débito, bem como honorários advocatícios fixados em 20% do valor total do débito.

12.6. É obrigação do Titular 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 prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos**, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do usuário.

12.6.1. 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.

12.6.2. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de 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.

12.7. A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos, desde que assumidas as obrigações decorrentes, o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, exceto nas hipóteses de rescisão unilateral por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

12.8. Se a exclusão do beneficiário, titular ou dependente, ocorrer antes de completados doze meses de sua inclusão, exceto na hipótese de

102019



falecimento, será cobrada a multa pecuniária de 10% (dez por cento) das mensalidades que seriam devidas até o término do mencionado prazo.

13. DAS DISPOSIÇÕES COMERCIAIS:

13.1. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, e na correspondência que complementarmente vier a ser trocada entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**.

13.2. 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).

13.3. Modificações das Cláusulas deste Contrato serão admitidas por simples cartas, que assinadas por ambas as partes, passarão a fazer parte integrante deste Contrato.

13.4. Qualquer tipo de solicitação de alteração em dados cadastrais do **CONTRATANTE** e/ ou dependentes deverá ser realizada de forma expressa pelo **CONTRATANTE** e protocolada pela **CONTRATADA**.

13.5. Qualquer tolerância ou concessão por parte da **CONTRATADA** não implica perdão, novação, renúncia, alteração do pactuado ou direito adquirido pelos beneficiários.

13.6. 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.

13.7. 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.

13.8. Ocorrendo qualquer atividade suspeita, o **CONTRATANTE** se obriga a notificar prontamente, por escrito, à **CONTRATADA** indicando a possível violação do disposto nas leis anticorrupção, participação em práticas de suborno ou corrupção e princípios do Pacto Global e das normas pertinentes a Responsabilidade Social, bem como o Código de Conduta da Central Nacional Unimed. A comunicação deverá ser realizada através de seu Canal de Denúncias da **CONTRATADA**, conforme informações abaixo:

Telefone: 0800 591 9026

e-mail: centralnacionalunimed@canaldedenuncias.com.br

site: <http://www.canaldedenuncias.com.br/centralnacionalunimed/>

Caixa Postal 521|CEP:06320-971

13.9. O beneficiário, para desenvolvimento deste instrumento, concede de livre e espontânea vontade à **CONTRATADA**, a possibilidade de tratamento de dados sensíveis e pessoais conforme a Lei 13.709, devendo a **CONTRATADA** utilizar tais dados exclusivamente para o desenvolvimento do contrato e durante sua duração.

13.9.1. A **CONTRATADA** obriga-se a informar imediatamente a outra Parte, devendo prestar toda a colaboração necessária a qualquer investigação que venha a ser realizada, caso exista alguma quebra de segurança, ou suspeita da mesma, independentemente de colocar ou não em causa a segurança e integridade dos Dados Pessoais;

14. DO PLANO REFERÊNCIA:

14.1. Na data de celebração do presente instrumento, o **CONTRATANTE** foi comunicado que possui o Plano Referência à sua disposição para contratação, conforme determina a Lei nº 9.656/98, com tipo de contratação individual ou familiar e registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob nº 419.533/99-7. Porém, por sua livre iniciativa, o **CONTRATANTE** não se interessou por sua contratação e optou apenas pela contratação do(s) produto(s) assinalado(s) no item 2.1 deste Instrumento de Comercialização.

15. DO FORO DE ELEIÇÃO:

15.1. 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.

