

REGULAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PESSOA JURÍDICA
CARTÃO BENEFÍCIOS

I. QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

CONTRATANTE: Sind. Cont. e Sec. um cont. do Vale do Rio Pardo,
pessoa jurídica devidamente qualificada no contrato sob o nº 0294800022, a seguir denominada de CONTRATANTE.

CONTRATADA: UNIMED – COOPERATIVA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DOS VALES DO TAQUARI E RIO PARDO LTDA, sociedade cooperativa, inscrita no Cadastro de Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ/MF) sob o nº 87.300.448/0001-09, Operadora inscrita a Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 30.639-8, com sede na Av. Benjamin Constant, nº 1058, 5º andar, Bairro Centro, CEP 95.900.000, em Lajeado – RS, neste ato pelo seu representante legal, a seguir denominada de CONTRATADA.

II. OBJETO DO ADITAMENTO

Aditamento ao Contrato de Assistência à Saúde, firmado entre as partes em 01 de Janeiro de 2014.

III. INTRODUÇÃO

Têm as partes acima qualificadas, entre si acertadas, na melhor forma do Direito, através do presente instrumento particular, o aditamento ao Contrato de Assistência à Saúde, que é objeto do presente, o que fazem na conformidade das cláusulas a seguir expostas.

[Assinatura]



IV. CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMEIRA. As partes resolvem, de comum acordo, incluir no contrato capítulo que trata da "UNIMED GARANTIA FUNERAL", que vigora com a seguinte redação:

I. UNIMED GARANTIA FUNERAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta Garantia tem por objetivo a prestação de serviços de assistência ao funeral do Segurado, observadas as condições nela expressas, além do disposto nas Condições Gerais e nas Particulares, do Seguro Unimed Garantia Funeral.

2. DEFINIÇÕES

- a) Apólice é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro;
- b) Beneficiários são as pessoas designadas pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese da sua morte, devidamente coberta, de acordo com as condições contratuais;
- c) Capital Segurado é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a garantia deste seguro. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado;
- d) Carência é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios
- e) Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Propostas de Adesão, de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Particulares, da Apólice, de eventuais Endossos, e do Certificado Individual do seguro;
- f) Condições Gerais é o instrumento jurídico, composto por um conjunto de cláusulas (itens), que rege um mesmo plano de seguro e disciplina os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e do(s) Beneficiário(s), bem como as características gerais do Seguro. As Condições Gerais serão previamente disponibilizadas ao proponente para que delas tenha conhecimento antes de manifestar sua intenção de aderir ao seguro;
- g) Credor do reembolso é a pessoa que arcar com as despesas de funeral do Segurado, em cujo nome estejam as Notas Fiscais ou Faturas competentes;
- h) Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento, não declaradas na Proposta de Adesão;
- i) Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito de grupo que a ela se vincule e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas;
- j) Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou Particulares da Apólice de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários;
- k) IPC-A/IBGE é o Índice de Preços ao Consumidor - Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizado para atualização de valores, nas hipóteses previstas nestas condições;
- l) Moradia habitual é o lugar onde a pessoa tem sua residência ou domicílio habitual, no Brasil;
- m) Prêmio é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada garantia contratada determinará a cobrança de um prêmio correspondente;



A



- n) Reembolso é o valor, limitado ao Capital Segurado, a ser pago a quem arcou com as despesas do funeral do Segurado, para reposição dessas despesas;
- o) Seguradora é a Unimed Seguradora S/A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, registrada na SUSEP sob o número 694-7, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio;
- p) Seguro Contributivo é aquele em que os Segurados pagam, total ou parcialmente, o prêmio individual respectivo;
- q) Seguro Não Contributivo é aquele em que os Segurados não pagam prêmio, sendo ele totalmente pago pelo Estipulante;
- r) Sinistro é a ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, desde que estas estejam em vigor, e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.
- s) Traslado é a remoção do corpo do Segurado, do local do óbito até o município de sua moradia habitual, no Brasil ou para outro local escolhido pelos seus familiares, conforme condições contratuais.

3. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

3.1. O serviço de assistência compreende as providências dos serviços funerários, inclusive o sepultamento, com o respectivo pagamento dos custos diretamente às funerárias.

3.2. Entende-se por serviço de sepultamento (ou cremação) a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados, respeitado o limite do Capital Segurado contratado:

- Urna/caixão
- Carro para enterro (no município de moradia habitual)
- Carreto Essa/ caixão (no município de moradia habitual)
- Registro de óbito
- Taxa de sepultamento (valor equivalente ao velório do município) ou de cremação (onde existir este serviço)
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual)
- Paramentos - Essa
- Aparelho ozona
- Mesa de condolências
- Velas
- Taxa de velório (valor equivalente ao custo do velório do município)
- Véu
- Enfeite floral e coroa
- Tanatopraxia (técnica, semelhante ao embalsamento, que consiste na aplicação de líquido conservante e desinfetante, para que o corpo seja preservado por mais tempo, quando necessário devido à causa "mortis")
- Locação de jazigo, exclusivamente em cemitério público, por um período de 3 ou 5 anos, conforme legislação local.

3.3. O serviço de cremação estará coberto somente quando disponível no local de falecimento do Segurado ou de sua moradia habitual.

3.4. Na impossibilidade de recorrer à prestação do serviço de assistência ao funeral, os familiares do Segurado falecido poderão solicitar o reembolso das despesas, que será efetuado em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos ,relacionados a seguir, à (Unimed Seguradora S/A), respeitando o limite do capital contratado na Proposta de Adesão.

- a) Do Segurado falecido:
 - Aviso de sinistro devidamente preenchido;
 - Cópia da Certidão de Óbito;



[Handwritten signature]



- Cópia do documento de identidade (RG ou equivalente) e CPF/MF do Segurado falecido.
- Para morte acidental, mais os seguintes:
- Cópia do Boletim de Ocorrência;
 - Cópia do Laudo Cadavérico;
 - Cópia do Laudo de Dosagem Toxicológica, se houver.
- b) Do responsável pelo pagamento das despesas com o funeral:
- Cópia do documento de identidade (RG ou equivalente) e CPF/MF.
- c) Original das notas fiscais nominais.

3.5. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar quaisquer outros documentos que julgar necessários para a liquidação do sinistro.

3.6. A cobertura desta garantia abrange a morte do Segurado em qualquer parte do mundo, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro.

3.7. A cobertura desta garantia abrange também o sepultamento de membros amputados do Segurado vivo, observadas as mesmas condições válidas para o caso de morte.

3.8. Desde que NÃO tenha sido utilizada a prestação de serviço, prevista no item 3.2 deste instrumento, a garantia do seguro consistirá de, exclusivamente, reembolso das despesas gastas com funeral, mediante comprovação com notas fiscais, limitado ao Capital Segurado no montante de R\$ 3.240,00 (três mil duzentos e quarenta reais).

3.9. Não haverá qualquer pagamento aos beneficiários ou a outros interessados quando for utilizado o Serviço de Assistência, previsto no item 3.2 deste instrumento, posto que os custos desses serviços correrão por conta da Seguradora.

3.10. Somente serão aceitos, na qualidade de Segurados, os componentes do grupo segurável que, no dia fixado para início de vigência do risco individual:

- a) se encontrarem em boas condições de saúde e
- b) tiverem idade inferior a 66 (sessenta e seis) anos.

3.11. O valor máximo coberto pela CONTRATADA, referente aos serviços acima estipulados é de R\$ 3.240,00 (três mil duzentos e quarenta reais), corrigido anualmente a partir da data de assinatura deste instrumento pela variação positiva do IPC-A/IBGE., ou por outro índice que venha a substituir.

4. OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

4.1. Para solicitação dos serviços de assistência e funerários, a família deverá entrar em contato com o SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS, pelos telefones constantes neste instrumento, fornecendo todas as informações que forem solicitadas.

4.2. A família deverá fornecer à Seguradora ou facilitar o acesso a toda espécie de informações necessárias à prestação do serviço de assistência, bem como ao pagamento do reembolso. O não cumprimento desta obrigação implicará perda de direito às coberturas do seguro.

4.3. Sempre que a causa da morte do Segurado exigir a passagem do corpo pelo IML (Instituto Médico Legal) ou outro órgão similar, um representante da família terá que acompanhar o representante do Serviço de Assistência.

4.4. Munida das informações sobre o óbito do Segurado, a Seguradora enviará um representante do Serviço de Assistência que tomará as providências cabíveis, conforme o caso:

- a) Em caso de falecimento e sepultamento no município de moradia habitual, no Brasil:



Ar



- dirigir-se-á à residência/hospital etc., e recepcionará todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
- irá até a funerária do município e tomará todas as providências necessárias à realização do funeral;
- retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionado-a das providências tomadas.

b) Em caso de falecimento no município de moradia habitual, no Brasil, e sepultamento em outro município, no Brasil:

- dirigir-se-á à residência/hospital etc., e recepcionará todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
- irá até a funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral;
- retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a das providências tomadas.

Obs.: Neste caso, o traslado NÃO estará coberto, ficando as despesas e respectiva documentação sob a responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município.

c) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual, no Brasil:

O Serviço de Assistência tomará todas as providências e custeio quanto ao traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestada também a assistência ao sepultamento, conforme prevista na alínea "a", deste item.

d) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual, no Brasil, e sepultamento em outro município, no Brasil:

O Serviço de Assistência prestará a assistência no local do óbito, preparando toda documentação necessária para o traslado do corpo, bem como o sepultamento em outro município. As despesas realizadas com o traslado do corpo estarão limitadas aos valores que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual, no Brasil, ficando o excedente por conta dos familiares.

4.5. A Unimed Seguros não se responsabilizará pelos gastos com traslado não providenciado ou autorizado pela Central de Atendimento.

4.6. Em caso de utilização do Serviço de Assistência, NÃO haverá qualquer tipo de reembolso.

5. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

5.1. Cessará a cobertura deste seguro quando:

- a) Ocorrer cancelamento da Apólice;
- b) Desaparecer o vínculo existente entre o Segurado e o Estipulante, que justificou a inclusão daquele no grupo segurado;
- c) O Segurado manifestar, por escrito, o desejo de não mais continuar participando do seguro;
- d) O Segurado deixar de pagar o prêmio ou de contribuir com sua parte do prêmio, no caso de seguro contributivo;
- e) Houver, por parte do Segurado, fraude, tentativa de fraude, dolo ou tentativa de impedir qualquer investigação ou diligência com vistas à elucidação de quaisquer dados relativos a este seguro;
- f) Houver inobservância das condições contratuais, por parte do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência será de 30 (trinta) dias contados da data de início de vigência do seu seguro. Se o falecimento ocorrer em consequência de acidente, não haverá carência.

A



7. GARANTIAS

7.1. Este seguro garante a prestação do Serviço de Assistência ao sepultamento, respeitado o limite da importância segurada. Para utilizar o Serviço de Assistência, acionar a Central de Atendimento através dos telefones:

- No Brasil (ligação gratuita): **0800.702 0242**
- No exterior (solicite ligação a cobrar): **55 11 4689.5781**

Obs.: As ligações podem ser feitas em qualquer dia da semana, inclusive feriados, a qualquer hora do dia ou da noite.

8. EXCLUSÕES

8.1. Estão excluídas deste seguro as despesas decorrentes, direta ou indiretamente, de eventos consequentes de:

- uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como da contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;
- atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;
- doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- prática, por parte do Segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
- ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- agravação intencional do risco por parte do Segurado.

8.2. Estão também excluídas as despesas de:

- aquisição de jazigo ou carneiro;
- cremação, exceto quando disponível no local de falecimento do Segurado ou de sua moradia habitual;
- exumação de corpos, mesmo que necessária ao sepultamento do Segurado;
- quaisquer gastos com traslado, inclusive para cremação em outro local;
- eventos extras ou não previstos expressamente nestas condições.



9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Os Serviço de Assistência ao sepultamento será prestado somente no território brasileiro e o traslado de qualquer parte do mundo até o município de moradia habitual do segurado, no Brasil, será por conta da Unimed Seguradora S.A.

9.2. Para fins de assistência será considerado o endereço de Moradia Habitual do Segurado, no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro Unimed Garantia Funeral que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

10.2. A utilização da prestação de serviço objeto desta Cláusula é entendida como cumprimento perfeito do contrato, composto por esta Cláusula e pelas Condições Gerais do Seguro Unimed Garantia Funeral, desobrigando a Seguradora de qualquer pagamento referente ao Capital Segurado, inclusive reembolso de despesas.

CLÁUSULA SEGUNDA. As partes resolvem, de comum acordo, incluir no contrato capítulo que trata da "CARTÃO DE DESCONTO EM FARMÁCIAS", que vigora com a seguinte redação:

DESCONTO EM FARMÁCIAS

1. A CONTRATADA manterá convênio com a PBMS do Brasil S.A, cujo nome fantasia é e-Pharma, pessoa jurídica com sede na Alameda Mamoré, 989 – 9º andar – Alphaville, Barueri/SP, CEP: 06454-04, para obtenção de descontos, em favor dos contratantes e beneficiários de seus planos de saúde (ora denominados de "Beneficiários"), na compra de medicamentos, nas farmácias e drogarias pertencentes à rede credenciada e- Pharma Net (relação em anexo).

2. Para a obtenção do desconto, o "Beneficiário" deverá, munido de receita subscrita por médico cooperado à CONTRATADA, e de seu cartão de identificação da Unimed VTRP, dirigir-se a uma farmácia ou drogaria da rede credenciada e-Pharma Net, apresentá-los ao atendente e requer o desconto na aquisição do produto.

3. Caberá à e-Pharma o gerenciamento do sistema como um todo, a disponibilização às farmácias e drogarias da lista de medicamentos e respectivos descontos, e a informação acerca da rede de farmácias e drogarias credenciadas.

4. Os descontos nos produtos comercializados pelas farmácias e drogarias credenciadas poderão variar de 15% a 60% sobre o Preço Máximo ao Consumidor previsto na lista de medicamentos, conforme o medicamento, enquanto que os descontos nos produtos comercializados pelas farmácias mantidas pela Unimed VTRP obedecerão a critérios próprios da mantenedora, podendo chegar a 5% sobre os descontos previstos em tabela.

5. Os descontos serão oferecidos preferencialmente nas farmácias mantidas pela Unimed VTRP, e subsidiariamente nas farmácias e drogarias referenciadas, dentro do Rio Grande do Sul.

CLÁUSULA TERCEIRA. As partes resolvem, de comum acordo, incluir no contrato capítulo que trata da "LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE CONVALESCÊNCIA", que vigora com a seguinte redação:



LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE CONVALESCENÇA

1. A CONTRATADA disponibilizará ao "Beneficiário", caso seja necessário, os seguintes equipamentos de convalescência:

- a) Cadeira de rodas;
- b) Cadeira de banho;
- c) Cama hospitalar;
- d) Muletas;
- e) Nebulizador.

Material	Valor 30 dias	Valor 45 dias	Valor 60 dias
Cama	R\$ 40,00	R\$ 60,00	R\$ 80,00
Nebulizador	R\$ 13,00	R\$ 19,50	R\$ 26,00
Andador	R\$ 13,00	R\$ 19,50	R\$ 26,00
Cadeira de Rodas até 80 kg	R\$ 19,00	R\$ 28,50	R\$ 38,00
Cadeira de rodas até 130Kg	R\$ 45,00	R\$ 67,50	R\$ 90,00
Cadeira de Rodas com Apoio	R\$ 34,00	R\$ 51,00	R\$ 68,00
Cadeira Higiênica	R\$ 15,00	R\$ 22,50	R\$ 30,00
Muleta Canadense	R\$ 11,00	R\$ 16,50	R\$ 22,00
Muleta Auxiliar	R\$ 17,00	R\$ 25,50	R\$ 34,00

2. O equipamento de convalescência será cedido pelo período de 30 (trinta) dias, mediante o pagamento antecipado das seguintes taxas:

2.1. Caso seja necessária a utilização do referido equipamento por período superior a 30 (trinta dias), o mesmo será cedido, mediante o pagamento de taxa quinzenal correspondentes a 50% (cinquenta por cento) do valor previsto na tabela acima, que será paga no 1º dia útil da quinzena subsequente.

3. O "Beneficiário" não poderá ceder a terceiros os equipamentos de convalescência locados pela CONTRATADA, não sendo permitido a transferência ou deslocamento para outro endereço, sem a expressa autorização da CONTRATADA, sob risco de assumir os custos e indenização dos danos aos equipamentos.

4. O CONTRATANTE fica responsável pelos equipamentos de convalescência disponibilizados pela CONTRATADA, devendo devolvê-los no prazo acima indicado, ou quando de sua não utilização, nas mesmas condições técnicas que recebeu, sob pena de indenizar os danos eventualmente causados.

4.1. A não devolução do equipamento de convalescência no prazo fixado pela CONTRATADA implica que o CONTRATANTE assumirá os custos dos equipamentos.

5. A locação dos equipamentos está vinculada a disponibilidade dos mesmos junto à estrutura logística da CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA. Obriga-se o CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA, por si e por "Beneficiários" inscritos, para fruição dos benefícios objeto do presente instrumento, o valor de R\$ _____ por pessoa.

CLÁUSULA QUINTA. Todos os valores estipulados neste instrumento serão reajustados anualmente pela variação do índice contratual, com exceção do valor previsto no item 3.11 deste, que trata do capital



[Handwritten signature]



assegurado para o auxílio funeral, que será corrigido pela variação anual positiva do IPC-A/IBGE, ou por outro índice que venha a substituir.

CLÁUSULA SEXTA. A CONTRATADA poderá transferir, a outra entidade, a execução dos serviços previstos no presente instrumento.

CLÁUSULA SÉTIMA.. Termina a concessão dos serviços aqui previstos, na mesma forma em que terminar a prestação dos serviços do contrato, em relação a cada "Beneficiário".

CLÁUSULA OITAVA. Permanecem em vigor e inalteradas todas as demais cláusulas do contrato objeto deste aditivo.

CLÁUSULA NONA. Fica eleito o Foro da Comarca do domicílio da CONTRATADA para a solução de qualquer litígio proveniente deste contrato, com renúncia expressa de qualquer outro.

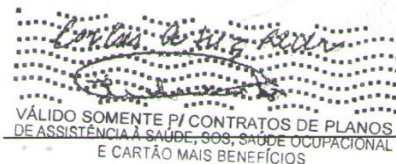
V. ENCERRAMENTO

Assim acertados, firmam o presente em duas (2) vias de igual forma e conteúdo, na presença de duas (2) testemunhas instrumentais, ficando uma (1) via para cada parte.

Lajeado, 01 de Janeiro de 2014.

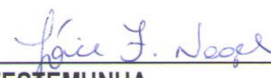


CONTRATANTE

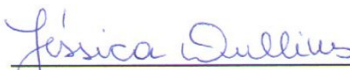


CONTRATADA

UNIMED – Coop. Serviços de Saúde dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda.



TESTEMUNHA



TESTEMUNHA

RE 305
Rev. 07

NACIONAL
CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PLANO COLETIVO POR ADESÃO
Módulo de Cobertura para Consultas Médicas,
Exames Complementares e Internações Hospitalares

AMBULATORIAL E HOSPITALAR

I. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Denominação Social: UNIMED - Cooperativa de Serviços de Saúde dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda, sociedade cooperativa constituída na forma da Lei 5.764/71
C.N.P.J.: 87.300.448/0001-09
Registro da Operadora na ANS n.º: 30.639-8
Classificação da Operadora na ANS; Cooperativa Médica
Endereço da Sede: Av. Benjamin Constant, nº 1058, 5º andar, Bairro Centro, CEP 95.900-000, em Lajeado - RS, neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente CONTRATADA.

II. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Contratante: Sind. Contadores e Técnicos em Contabilidade do Vale do Rio Pardo
CNPJ/MF Nº: 95.439.170/0001-83
Endereço: AV Imigrante Nº: 469 Sala: _____
Bairro: Centro
Município: Santa Cruz do Sul CEP Nº: 96.820-030

Dados do Representante Legal

Nome: Adão Rehblin
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciado
Profissão: contador
CPF Nº: 153.083.240-34 RG Nº: 1023125725
End. Residencial: Rua 28 de Setembro Nº: 636 Apto: _____
Bairro: Centro
Município: Santa Cruz do Sul CEP Nº: 96.810-030

conforme ficha cadastro anexa, adiante chamado CONTRATANTE.

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Este plano é denominado comercialmente de Referência: ATN-OT-SP-Adesão e, está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 460885092.

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

COLETIVO POR ADESÃO

A



V. SEGMENTAÇÃO ASSISTÊNCIAL DO PLANO DE SAÚDE

AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

NACIONAL

VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Cláusula 1ª. Este plano contempla todas as coberturas de assistência à saúde contratadas, desde que realizadas nos serviços médicos cooperativados e serviços auxiliares, próprios, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA em todo território nacional.

VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Cláusula 2ª. O padrão de acomodação em internação hospitalar é semi-hospitalar. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA é garantido ao "Beneficiário" o acesso a acomodação em nível superior, sem ônus adicional, até vagar a acomodação contratada.

IX. FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula 3ª. Trata-se de contrato com preço pré-estabelecido, com valores fixados com base em cálculos atuariais, levando em consideração os custos dos serviços disponibilizados aos "Beneficiários", a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos excluídos, os prazos de carência, os limites de cobertura contratada, o valor e/ou percentual de co-participação ou franquia e a carga tributária incidente sobre as cooperativas de trabalho médico.

X. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

SEGURO DE VIDA

Cláusula 4ª. O "Beneficiário Titular" fica segurado por um seguro de vida, por morte natural ou acidental, em apólice da **UNIMED SEGURADORA S/A**, com sede em São Paulo/SP e com a interveniência da CONTRATADA, desde que tenha idade inferior a 65 (sessenta e cinco) anos na data da adesão ao presente contrato, e:

- I. Esteja em perfeito estado de saúde quando da adesão ao presente contrato;
- II. Tenha cumprido o prazo de permanência de 6(seis) meses no plano de assistência à saúde;
- III. Esteja em dia com o pagamento das mensalidades, na data do óbito.

Cláusula 5ª. Para fazer jus ao seguro de vida, os beneficiários do segurado falecido deverão apresentar à CONTRATADA, a certidão de óbito, a certidão de casamento do cônjuge supérstite, assumido, na falta de designação de outro, como beneficiário, na falta do cônjuge, a certidão de nascimento dos filhos outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência da sucessão, CIC e RG do titular falecido e do(s) beneficiário(s), no caso de morte acidental o Laudo de Necropsia, Boletim de Ocorrência e Laudo de Dosagem Alcoólica.



Cláusula 6ª. O atraso no pagamento das mensalidades do plano de assistência à saúde implicará na suspensão da cobertura oriunda do seguro de vida, enquanto perdurar o atraso.

Cláusula 7ª O atraso superior a 60 (sessenta) dias no pagamento das mensalidades implicará no cancelamento do seguro de vida.

Cláusula 8ª. O valor assegurado por Morte Natural encontra-se na Proposta de Admissão, sendo que por Morte Acidental o valor será em dobro.

Cláusula 9ª. Os valores do capital assegurado serão corrigidos a partir da data da assinatura do presente contrato pela variação do IGPM/FGV, ou por outro índice que venha a substituir.

BENEFÍCIO FAMÍLIA

Cláusula 10. Ao “Beneficiário Dependente” do “Beneficiário Titular”, se inscrito como tal, será assegurado o BENEFÍCIO FAMÍLIA, com o direito aos serviços previstos neste contrato, pelo prazo de até 5(cinco) anos, contados da data do óbito do “Beneficiário Titular”, isentado do pagamento de mensalidades, contanto que:

I. O “Beneficiário Titular” esteja inscrito há mais de 6 (seis) meses no contrato, e conte com idade inferior a 60 (sessenta) anos na data de início deste contrato;

II. O “Beneficiário Dependente” apto a usufruir do BENEFÍCIO FAMÍLIA esteja inscrito neste contrato há mais de 6 (seis) meses.

Cláusula 11. O direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA também é conferido ao nascituro, considerado filho do “Beneficiário Titular” falecido, nos termos da legislação civil.

Cláusula 12. Toda vez que for incluído “Beneficiário Dependente” após a assinatura deste contrato, a carência para a fruição do BENEFÍCIO FAMÍLIA passa a ser de 12 (doze) meses, à exceção do nascituro, recém-casado e recém-nascido.

Cláusula 13. Perderá imediatamente o direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA o “Beneficiário Dependente” que, no transcurso dos 5 (cinco) anos de benefício, vier a perder a condição de dependência prevista neste contrato.

Cláusula 14. A fruição do BENEFÍCIO FAMÍLIA fica condicionada à apresentação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do óbito do “Beneficiário Titular”, pelo “Beneficiário Dependente”, da Certidão de Óbito, além dos documentos comprobatórios da continuidade de sua situação de dependência.

REMOÇÃO

Cláusula 15. A remoção inter-hospitalar do “Beneficiário” paciente será realizada em território brasileiro, desde que comprovadamente necessária, de acordo com Regulamento do Transporte Aeromédico, parte integrante do presente contrato.

XI. ATRIBUTOS DO CONTRATO

Cláusula 16. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, por prazo indeterminado, com a



finalidade de garantir, sem limite financeiro, nas segmentações **AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, em conformidade com o art. 1º, inciso I da Lei 9.656/98.

Cláusula 17. A CONTRATADA declara que assegura cobertura a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como, a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), desde que previstas no "Rol de Procedimentos da RN nº 262/2011". (Rol de Procedimentos para as segmentações **AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, elaborado e publicado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar), sempre observadas as exclusões de cobertura, carências e regulamentações previstas nas cláusulas deste contrato, desde que não conflituem com o previsto no "Rol de Procedimentos".

XII. GLOSSÁRIO

Cláusula 18. Alguns dos termos do presente contrato são técnicos. Para compreendê-los, a CONTRATADA organizou um glossário básico. Toda vez que houver dúvida acerca de um termo utilizado neste contrato o sentido válido será o do glossário. Vejamos:

1. **Acidente de Trabalho:** é toda lesão corporal, perturbação funcional ou doença, produzida pelo exercício do trabalho ou em consequência deste.
2. **Acidente Pessoal:** é a ocorrência com data caracterizada, exclusiva e diretamente externa, súbita, imprevisível, involuntária e violenta, causadora de lesão física ou doença que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico.
3. **Acomodação Hospitalar Coletiva:** dependência hospitalar com banheiro privativo e dois ou três leitos.
4. **Acomodação Hospitalar Individual:** dependência hospitalar com banheiro privativo e apenas um leito.
5. **AIH:** sigla que significa Autorização de Internação Hospitalar, único documento fornecido pela CONTRATADA que é capaz de habilitar o "Beneficiário" a obter o custeio, pela primeira, das despesas hospitalares que o último contrair.
6. **Ambulatório:** consultório ou outro local de atendimento médico, preferencialmente o consultório médico, sem ser necessariamente este, no qual são dispensados cuidados à saúde sem a necessidade de internação hospitalar.
7. **ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar:** é o órgão vinculado ao Ministério da Saúde, criado e regulado pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relativas à assistência suplementar de saúde.
8. **Autorização Prévia:** é aquela necessária à realização de determinados procedimentos médicos ou hospitalares, mediante solicitação do médico assistente/cooperado da CONTRATADA, conforme condições contratuais.
9. **Beneficiário:** destinatário dos serviços a serem prestados pela CONTRATADA ao CONTRATANTE.
10. **Beneficiário Titular:** todo aquele vinculado diretamente à pessoa jurídica contratante.



A



11. **Beneficiário Dependente:** todo aquele que, inscrito pelo CONTRATANTE e aceito pela CONTRATADA, seja dependente econômico do "Beneficiário Titular", nos termos deste contrato.
12. **Cálculo Atuarial:** é a avaliação estatística realizada através da análise de informações sobre a frequência de utilização, grupo de "Beneficiários" e coberturas contratadas, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano de assistência à saúde contratado e o cálculo das mensalidades.
13. **Carência:** é o período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a obrigatoriedade do pagamento por parte do CONTRATANTE e limitação, total ou parcial, nos termos do contrato, de prestações por parte da CONTRATADA.
14. **Cartão de Identificação do Beneficiário:** é o documento que identifica o "Beneficiário" e seu respectivo plano de assistência à saúde junto à rede credenciada ou referenciada pela CONTRATADA.
15. **CID 10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - versão 10.
16. **Classe de Internação Hospitalar:** dependência hospitalar coletiva ou individual, assinalada como de escolha do CONTRATANTE, quando da contratação.
17. **Coberturas:** o conjunto dos serviços contratualmente previstos.
18. **Consu - Conselho de Saúde Suplementar:** é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, criado nos termos do Art. 35-A, da Lei nº 9.656/98.
19. **Contratada:** exclusivamente a cooperativa médica UNIMED, cujos representantes assinam o presente contrato.
20. **Contratante:** pessoa jurídica que contrata as coberturas e assume a responsabilidade pelas contraprestações previstas neste contrato, em seu nome e em nome dos "Beneficiários" que inscreva.
21. **Despesas de Acompanhante:** diária, compreendendo pernoite e o café da manhã para um único acompanhante, conforme rotina do nosocômio, obedecida a classe de internação hospitalar em que estiver incluído o "Beneficiário".
22. **Eletivo:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência, que podem ser realizados em data pré-estabelecida.
23. **Evento Coberto:** é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do "Beneficiário", em decorrência de acidente ou doença, **desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura;** o evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do "Beneficiário", ou com a sua morte.
24. **Foro:** sede da repartição judiciária onde pode ser discutido o contrato.
25. **"GUIA MÉDICO":** guia de orientações ao "Beneficiário".
26. **Hemodinâmica:** teoria mecânica da circulação do sangue.
27. **Hospital-Dia:** atendimento em ambiente hospitalar que não exceder ao prazo máximo de 24 horas.
28. **Internação Hospitalar:** é a hospitalização do "Beneficiário" para tratamento clínico ou cirúrgico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo). Procedimento médico e



A

administrativo em que o "Beneficiário" permanece mais de 12 (doze) horas internado em estabelecimento hospitalar.

29. **Médico Assistente/Cooperado:** profissional da medicina integrante do quadro social da CONTRATADA ou integrante do quadro social de outra cooperativa UNIMED do Brasil, que atende (assiste) o "Beneficiário", sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica.

30. **Patologia ou Doença:** é o conjunto de alterações físicas e/ou mentais e/ou psíquicas, com repercussões sintomáticas e/ou funcionais, instalado a partir de fatores internos ou externos, inclusive as decorrentes de acidentes.

31. **Prazo Anual:** período contado desde a data da assinatura do contrato e/ou da data da inclusão do "Beneficiário", até 365 dias após e, assim, sucessivamente.

32. **Prazo Anual de Internação Hospitalar:** todo aquele contado, cumulativa ou intercaladamente, no prazo anual do contrato.

33. **Procedimento Ambulatorial:** é aquele que embora não necessite internação, precisa de apoio de estrutura hospitalar, por período inferior a 12 horas.

34. **Protocolos:** são os critérios da CONTRATADA para análise de concessão de determinados serviços, englobando solicitação de laudos e exames, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório médico completo e outros documentos que julgar necessários.

35. **Rede Referenciada:** é aquela indicada pela CONTRATADA para o atendimento do "Beneficiário".

36. **Referenciar:** ação da CONTRATADA no sentido de indicar ao "Beneficiário", conforme previsão contratual, prestadores de serviços, representando uma limitação na livre escolha do "Beneficiário".

37. **Rescisão:** hipótese na qual uma das partes pode terminar a relação jurídica advinda deste contrato, em razão de vício existente no momento da formação contratual.

38. **Resilição:** hipótese na qual uma das partes pode terminar a relação jurídica advinda deste contrato, em razão do inadimplemento por parte da outra.

39. **Risco:** é a possibilidade de ocorrência do evento coberto.

40. **Rol de Procedimentos:** é a lista publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados, oferecidos pelo presente plano de assistência à saúde.

41. **Serviço Credenciado:** estabelecimento prestador de serviços que, não sendo de propriedade da CONTRATADA, é pela mesma ou por representante dela, contratado em nome do "Beneficiário", para prestar serviços ao mesmo.

42. **Sinistralidade:** é a previsão teórica ou verificação efetiva do consumo de serviços contratualmente previstos.

43. **Sinistro:** é a ocorrência do evento coberto, de acordo com as condições do plano de assistência à saúde.

44. **TUE:** Tabela Unimed/Empresa, que contém a lista de procedimentos e quantitativos de CH's e UTM'S utilizados em caso de reembolso.

45. **Vigência:** é o período em que estão em vigor as coberturas deste Contrato.

XIII. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO



Handwritten signature



Cláusula 19. O presente plano de assistência à saúde coletivo por adesão destina-se aos "Beneficiários" inscritos que, mantenham vínculo com as seguintes pessoas jurídicas, de caráter profissional, classista ou setorial:

- I. O Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II. Sindicatos, centrais, federações e confederações sindicais;
- III. Associações profissionais legalmente constituídas;
- IV. Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V. Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução ANS RN 195;
- VI. Entidades previstas na Lei 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei 7.398, de 4 de novembro de 1985;

§ **Único.** À exceção das pessoas jurídicas previstas nos incisos I e II desta cláusula, o CONTRATANTE somente poderá contratar quando constituída há pelo menos 1 (um) ano.

Cláusula 20. São considerados "Beneficiários Dependentes" deste contrato:

- I. O cônjuge;
- II. Filhos(as) solteiros(as) menores de 21 (vinte um), equiparando-se o enteado, o adotado, o menor cuja guarda seja designada por determinação judicial, o menor tutelado e os filhos(as) portadores(as) de necessidades especiais, de qualquer idade;
- III. Os(as) filhos(as) estudantes menores de 24 (vinte quatro) anos, desde que não tenham renda própria;
- IV. O convivente em união estável, desde que não haja "Beneficiário"(a) inscrito como cônjuge.

§ **Único.** O ingresso do grupo familiar previsto neste artigo dependerá da participação do "Beneficiário Titular" no presente contrato de plano de assistência à saúde.

Cláusula 21. O CONTRATANTE, ao firmar este instrumento, entregará à CONTRATADA a Proposta de Admissão, contendo a lista dos "Beneficiários" que integrarão o presente contrato.

Cláusula 22. Caberá ao CONTRATANTE solicitar a inclusão de novo "Beneficiário", que poderá ser efetuada em qualquer dia do mês.

Cláusula 23. A CONTRATADA poderá exigir a comprovação da legitimidade do CONTRATANTE e a condição de elegibilidade do "Beneficiário".

Cláusula 24. Compete ao CONTRATANTE justificar o vínculo de dependência, comprovando-o, quando necessário, por todos os meios de prova juridicamente admissíveis para o caso.

Cláusula 25. O filho adotivo, menor de doze anos de idade, quando incluído no presente contrato, aproveitará os períodos de carência já cumpridos pelo "Beneficiário" adotante.

Ar



Cláusula 26. O recém-nascido, filho natural ou adotivo do "Beneficiário", estará isento de carência, não podendo ser alegada a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), ficando também vedada a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravamento, quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, mediante manifestação expressa de vontade do CONTRATANTE.

XIV. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula 27. O presente contrato garante as seguintes coberturas:

- I.** Prestação de serviços de consultas médicas, por médicos cooperados da CONTRATADA, nos termos das cláusulas deste contrato;
- II.** Prestação de serviços de consultas por profissionais das áreas de fonoaudiologia, nutrição, psicoterapia e terapia ocupacional, contratados ou referenciados pela CONTRATADA, nos termos das cláusulas deste contrato;
- III.** Prestação de serviços urgentes nos pronto-atendimentos e demais serviços credenciados pela CONTRATADA, nos termos das cláusulas deste contrato;
- IV.** Atendimento por médicos cooperados da CONTRATADA, nos termos das cláusulas deste contrato;
- V.** Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, nos termos das cláusulas deste contrato;
- VI.** Procedimentos ambulatoriais, nos termos das cláusulas deste contrato;
- VII.** Internações hospitalares, nos termos das cláusulas deste contrato.

CONSULTAS

Cláusula 28. Os "Beneficiários" terão direito de ser atendidos por médico cooperado da CONTRATADA, para realização de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento nas mesmas, sempre observadas as exclusões de cobertura, carências e regulamentações previstas nas cláusulas deste contrato.

CONSULTAS/SESSÕES COM FONOAUDIÓLOGO

Cláusula 29. Cobertura assegurada de até 24 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a)** Pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
- b)** Pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- c)** Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e linguagem (CID F80);
- d)** Pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- e)** Pacientes com disfagia (CID R13);
- f)** Pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- g)** Pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia; dislexia e disфония (R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).



Handwritten signature



§ Único. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura é limitada a 6 (seis) consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.

CONSULTAS COM NUTRICIONISTAS

Cláusula 30. Cobertura assegurada de até 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Ter diagnóstico confirmado de diabetes (tipo I ou tipo II em uso de medicação);
- b) Ter realizado pelo menos 2 (duas) consultas médicas especializadas nos últimos 12 meses (endocrinologista e/ou oftalmologista e/ou cardiologista e/ou nefrologista);
- c) Ter realizado pelo menos 1 ECG nos últimos 12 meses;
- d) Ter realizado pelo menos 2 (dois) exames de hemoglobina glicosada nos últimos 12 meses.

§ Único. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima é de 6 (seis) consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO

Cláusula 31. Cobertura assegurada de até 40 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29);
- b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 84);
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 50);
- d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 31, F 33).

CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

Cláusula 32. Cobertura assegurada de até 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F 00 à F 03);
- b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F 70 à F 79);
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 82, F 83).

SESSÃO DE PSICOTERAPIA

Cláusula 33. Cobertura assegurada de até 12 sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F 40 a F 48);

Az



- b)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 51 a F 59);
- c)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F 90 a F 98);
- d)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F 80, F 81, F 83, F 88, F 89);
- e)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 30, F 32, F 34, F 38, F 39);
- f)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).

§ Único. O “Beneficiário” que fizer uso das consultas e sessões previstas nesta cláusula poderá participar do Programa de Medicina Preventiva, quando indicado e fornecido pela CONTRATADA.

SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

Cláusula 34. Os “Beneficiários” terão direito aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, nos termos das cláusulas deste contrato, fora dos casos em que estiverem internados em hospital, a serem prestados por pessoas físicas e jurídicas credenciadas ou referenciadas pela CONTRATADA, constantes no “GUIA MÉDICO”; sempre observadas as exclusões de cobertura, carências e regulamentações previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 35. A CONTRATADA garante a cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no “Rol de Procedimentos da RN nº 262/2011”.(Rol de Procedimentos para a segmentação **AMBULATORIAL**, elaborado e publicado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar), em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por médico fisiatra como por fisioterapeuta, mediante indicação do médico assistente.

Cláusula 36. Os serviços auxiliares de diagnose e terapia, que sejam solicitados por médicos assistentes, enquanto necessários ao diagnóstico e tratamento, e que serão cobertos por este contrato, são aqueles incluídos no “Rol de Procedimentos da RN nº 262/2011”.(Rol de Procedimentos para a segmentação **AMBULATORIAL**, elaborado e publicado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar), sempre observadas as exclusões de cobertura, carências e regulamentações previstas nas cláusulas deste contrato.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Cláusula 37. Os “Beneficiários” terão direito aos procedimentos ambulatoriais, nos termos das cláusulas deste contrato, fora dos casos em que estiverem internados em hospital, a serem prestados no consultório do médico cooperado ou a juízo deste, nos ambulatorios próprios ou credenciados pela CONTRATADA, constantes no “GUIA MÉDICO”, sempre observadas as exclusões de cobertura, carências e regulamentações previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 38. Os procedimentos ambulatoriais, que sejam solicitados por médicos assistentes, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se



Handwritten signature or initials.



caracterize como internação, que serão cobertos por este contrato, são aqueles incluídos no "Rol de Procedimentos da RN nº 262/2011" (Rol de Procedimentos para a segmentação **AMBULATORIAL**, elaborado e publicado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar), sempre observadas as exclusões de cobertura, carências e regulamentações previstas nas cláusulas deste contrato.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Cláusula 39. Observadas as limitações e exclusões de coberturas, bem como o procedimento de obtenção da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), todos previstos nas cláusulas deste contrato, o atendimento a ser realizado por médico assistente/cooperado, nas hipóteses de internação, nos hospitais constantes no "GUIA MÉDICO"; terá cobertura nos seguintes termos:

- I. Eventos previstos no "Rol de Procedimentos da RN nº 262/2011" (Rol de Procedimentos para a segmentação **HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, elaborado e publicado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar), anexo e parte integrante deste instrumento;
- II. Despesas hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, exclusivamente em próprias (se houver), credenciadas e/ou referenciadas pela CONTRATADA, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- III. Despesas hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- IV. Despesas de pernoite e alimentação compreendidas na diária de um único acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos, durante o período de internação contratualmente coberto;
- V. Despesas de pernoite e alimentação compreendidas na diária de um único acompanhante para idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, durante o período de internação contratualmente coberto, desde que com prévia e expressa solicitação do "Beneficiário" idoso ou por indicação do médico assistente/cooperado;
- VI. Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la;
- VII. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, durante o período de internação, contratualmente coberto;
- VIII. Despesas com exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença ou lesão e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente/cooperado, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- IX. Despesas de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação contratualmente coberto;
- X. Atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- XI. Despesas com materiais hospitalares e medicamentos devidamente registrados na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e Ministério da Saúde, prescritos por médico assistente/cooperado, durante o período de internação contratualmente coberto;



Handwritten signature or initials.



XII. Despesas com materiais de próteses, órteses e implantes nacionais ou nacionalizados, desde que ligados ao ato cirúrgico e com registro definitivo na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e no Ministério da Saúde, fornecidos pela CONTRATADA ou por quem ela indicar.

§ Único. Para fins do disposto no inciso VI desta cláusula, entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

Cláusula 40. Os prazos de internação hospitalar serão determinados pelo médico assistente/cooperado que solicitar a internação ou a prorrogação da baixa, dentro dos prazos habitualmente necessários para tratamento das patologias, sem outra limitação temporal.

Cláusula 41. Não se caracteriza como internação hospitalar o procedimento que, ainda que realizado em unidade hospitalar, não ultrapasse o tempo máximo de doze (12) horas.

DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE ATENDIMENTO DE ONCOLOGIA

Cláusula 42. No caso de atendimento de oncologia, os protocolos médicos aceitos são aqueles avaliados e validados pela Câmara Técnica Nacional de Oncologia da CONTRATADA, sempre obedecido o "Rol de Procedimentos da RN nº 262/2011", elaborado e publicado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Cláusula 43. A medicação para tratamento por quimioterapia oncológica será fornecida diretamente pela CONTRATADA ou por quem esta indicar.

DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Cláusula 44. O presente contrato contempla a cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

Cláusula 45. É garantido ao "Beneficiário" em virtude de transtornos psiquiátricos:

I. Atendimento às emergências, 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 auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

II. Psicoterapia de crise, mediante indicação do médico assistente, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas, vinculadas às condições especiais sobre os transtornos psiquiátricos previstos neste contrato;

III. Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, com a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

IV. Internação 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;



[Handwritten signature]



- V. Internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos;
- VI. Internação em hospital-dia para transtornos mentais.

§ Único. Os procedimentos previstos no inciso II, desta cláusula, serão realizados por médicos assistentes da CONTRATADA, devidamente habilitados, e, excepcionalmente, por psicólogo, conforme expressa indicação da CONTRATADA.

Cláusula 46. É assegurada a cobertura para atendimento/acompanhamento em hospital-dia psiquiátrico quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F 10 e F 14);
- b) Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F 20 a F 29);
- c) Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F 30 e F 31);
- d) Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F 84).

DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE TRANSPLANTES COBERTOS

Cláusula 47. Este contrato somente fornece cobertura aos transplantes listados no "Rol de Procedimentos da RN nº 262/2011". (Rol de Procedimentos para a segmentação **HOSPITALAR**, elaborado e publicado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar), compreendendo, quando for o caso:

- I. Despesas assistenciais com doadores vivos;
- II. Medicamentos utilizados durante a internação do beneficiário;
- III. Despesas médico-hospitalares da internação do beneficiário;
- IV. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio do beneficiário, exceto medicamentos de manutenção;
- V. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

Cláusula 48. Cláusula O "Beneficiário", candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção:

- I. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT;
- II. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - Portaria GM n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde - que dispõe quanto a forma de autorização e cadastro, junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT;
- III. É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
 - determinar o encaminhamento de equipe especializada;
 - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontra o receptor.

DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE OUTROS PROCEDIMENTOS

Cláusula 49. Os “Beneficiários” terão direito aos procedimentos abaixo relacionados, nos exatos termos técnicos desta cláusula:

I. Acilcarnitinas - Perfil quantitativo e/ou qualitativo, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Crianças de qualquer idade que apresentem um episódio ou episódios recorrentes de hipoglicemia hipocetótica ou deterioração neurológica rápida (letargia, ataxia, convulsões ou coma), precipitada por jejum prolongado, ou baixa ingesta, como por exemplo, por vômitos, ou por aumento das necessidades energéticas (exercício prolongado, febre, infecções);
- b) Crianças de qualquer idade com Síndrome de Reye ou “Reye-like” (encefalopatia aguda não inflamatória com hiperamonemia e disfunção hepática);
- c) Pacientes de qualquer idade com cardiomiopatia dilatada ou hipertrófica sem diagnóstico etiológico;
- d) Pacientes de qualquer idade com miopatia esquelética (fraqueza e dor muscular, episódios de rabdomiólise) ou doenças neuromusculares.

II. Avidéz de IgG para toxoplasmose, com cobertura assegurada para gestantes com sorologia IgM positiva para toxoplasmose, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Quando o resultado do IgM for menor que 2;
- b) Quando o resultado do IgM estiver entre 1 e 2 na primeira testagem e aumentar na segunda testagem, realizada após o intervalo de 3 a 4 semanas.

III. Biópsia percutânea a vácuo guiada por Raio X ou US (mamotomia), com cobertura assegurada quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Estudo histopatológico de lesões não palpáveis;
- b) Nódulos mamários menores que 2 cm;
- c) Nódulos mamários nas categorias 4 e 5 de BI-RADS.

IV. Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK), com cobertura assegurada para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 1 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;
- b) Hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

V. Citomegalovirus - Qualitativo por PCR, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes imunocomprometidos (condição clínica que interfira na resposta imunológica detectável por método sorológico);
- b) Pacientes com infecções congênitas.



Handwritten signature.



VI. Cordotomia - Mielotomia por radiofrequência, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Dor de origem neoplásica;
- b) Espasticidade em pacientes paraplégicos não deambuladores para o tratamento da dor nociceptiva (dor aguda ou tipo choque).

VII. D-Dímero, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Avaliação de pacientes adultos com sinais e sintomas de trombose venosa profunda dos membros inferiores;
- b) Avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes adultos com sinais e sintomas de embolia pulmonar.

VIII. Eletroforese de proteínas de alta resolução, com cobertura assegurada nos casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

IX. Embolização de artéria uterina, com cobertura assegurada para tratamento de mioma, exceto quando um ou mais dos seguintes critérios for preenchido:

- a) Neoplasia ou hiperplasia endometriais;
- b) Adenomiose;
- c) Presença de malignidade;
- d) Gravidez/amamentação;
- e) Doença inflamatória pélvica aguda;
- f) Vasculite ativa;
- g) História de irradiação pélvica;
- h) Coagulopatias incontroláveis;
- i) Insuficiência renal;
- j) Desejo de gravidez futura, quando não existir contra-indicação à miomectomia;
- k) Uso concomitante de análogos de GnRH.

X. Galactose-1-fosfato uridiltransferase, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para galactosemia (concentração sanguínea de galactose aumentada);
- b) Para pacientes suspeitos de doenças do metabolismo da galactose, especialmente galactosemia clássica.

XI. Hepatite B - Teste quantitativo, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Para a caracterização da fase replicativa da infecção pelo HBV, quando o HBeAg for negativo, nos pacientes cirróticos ou com coagulopatias em avaliação para início de tratamento para hepatite B;
- b) Na avaliação inicial pré-tratamento para hepatite B de qualquer paciente portador de hepatite B, quando este apresentar HBsAg positivo, ALT elevada e HBeAg negativo;
- c) Na monitorização após o tratamento medicamentoso de pacientes com prováveis cepas mutantes pre-core, a cada seis meses no 1º ano de acompanhamento e, após este período, uma vez por ano.



A



XII. Hepatite C - Genotipagem, com cobertura assegurada na avaliação para início de tratamento da hepatite C, na presença de atividade necro-inflamatória e fibrose moderada e intensa evidenciada em biópsia hepática realizada nos últimos 2 anos*, quando preenchidos pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- a) Paciente com hepatite viral aguda C;
- b) Pacientes com hepatite viral crônica C com idade entre 12 e 70 anos, contagem de plaquetas acima de 50.000/mm³ e contagem de neutrófilos superior a 1.500/mm³.

Grupo II

- a) Tratamento prévio com interferon peguilado associado ou não à ribavirina;
- b) Consumo abusivo de álcool nos últimos 6 meses;
- c) Hepatopatia descompensada;
- d) Cardiopatia grave;
- e) Doença da tireoide descompensada;
- f) Neoplasias;
- g) Diabetes mellitus tipo 1 de difícil controle ou descompensada;
- h) Convulsões não controladas;
- i) Imunodeficiências primárias;
- j) Controle contraceptivo inadequado;
- k) Gravidez (beta-HCG positivo).

*Exceto nos casos de pacientes com hepatite viral aguda C com diagnóstico bem estabelecido, hemofilia ou cirrose compensada com varizes de esôfago e indícios ecográficos dessa situação, por ser a biópsia hepática contra-indicada nestas situações

XIII. HIV - Genotipagem, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes em uso regular de TARV (terapia anti-retroviral) há pelo menos 6 meses e com carga viral (CV) detectável acima de 5.000 cópias/ml;
- b) Gestantes em uso regular de TARV há pelo menos 3 meses e com CV acima de 5.000 cópias/ml;
- c) Pacientes candidatos ao uso de enfuvirtida (T20), conforme Nota Técnica nº 50/2005 GAB/PN DTS-AIDS/SVS/MS;

Contra-indicações:

- a) Genotipagem anterior indicado multi-resistência (presença de "R" a todas as drogas segundo algoritmo da Rede Nacional de Genotipagem-RENAGENO), e/ou
- b) Pacientes com carga viral inferior a 5.000 cópias/ml, e/ou
- c) Não adesão ao tratamento;

XIV. Imunofixação para proteínas, com cobertura assegurada nos casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.



Ar



XV. Implante de eletrodos ou gerador para estimulação cerebral profunda, com cobertura assegurada quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a) Pacientes com tremor essencial ou doença de Parkinson, refratários ao tratamento medicamentoso, sem outra doença neurológica ou psiquiátrica associada, que apresentem função motora preservada ou residual no segmento superior;
- b) Pacientes maiores de oito anos, com distonia primária refratária ao tratamento medicamentoso.

XVI. Implante de eletrodos ou gerador para estimulação medular, com cobertura assegurada para pacientes adultos com dor crônica de origem neuropática com duração mínima de seis meses, quando métodos conservadores de controle da dor tenham falhado, não haja abuso de drogas ou outros transtornos psiquiátricos associados, e exista comprovação de redução significativa da dor com estimulação elétrica medular não invasiva.

XVII. Implante intra-tecal de bombas para infusão de fármacos, com cobertura assegurada quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Dor nociceptiva rebelde ao tratamento farmacológico (com analgésicos comuns e AINES - antiinflamatórios não esteroidais com ou sem medicamentos adjuvantes), fisiátrico e psiquiátrico;
- b) Melhora com uso prolongado de opioides administrados por via sistêmica em tratamento prévio, acompanhada de recidiva ou adversidades (efeitos adversos que inviabilizaram a administração sistêmica do medicamento);
- c) Melhora comprovada com a infusão de opioides no comportamento epidural raquidiano durante pelo menos duas semanas.

XVIII. Inibidor dos fatores de hemostasia, com cobertura assegurada nos casos de pacientes com tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) ou tempo de protombina (PT) prolongados, quando necessário determinar se a causa do prolongamento é a deficiência de um ou mais fatores ou a presença de um inibidor.

XIX. Microcirurgia a céu aberto por radiofrequência da zona de entrada da raiz dorsal (drezotomia-drez), com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Espasticidade em pacientes paraplégicos;
- b) Espasticidade em pacientes hemiplégicos;
- c) Espasticidade assimétrica em crianças;
- d) Dor neuropática - lesão periférica (deafferentação, membro fantasma, causalgia ou síndrome complexa da dor regional).

XX. Mamografia digital, com cobertura assegurada à mulheres com idade inferior a 50 anos, com mamas densas e em fase pré ou peri-menopáusicas.

XXI. Oxigenoterapia hiperbárica, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme escala "USP" de gravidade:



- a) Pacientes com doença descompressiva;
- b) Pacientes com embolia traumática pelo ar;
- c) Pacientes com embolia gasosa;
- d) Pacientes com envenenamento por CO ou inalação de fumaça;
- e) Pacientes com envenenamento por gás cianídrico/sulfídrico;
- f) Pacientes com gangrena gasosa;
- g) Pacientes com síndrome de Fournier, com classificação de gravidade III ou IV;
- h) Pacientes com fascites, celulites ou miosites necrotizantes (inclui infecção de sítio cirúrgico), com classificação de gravidade II, III, IV;
- i) Pacientes com isquemias agudas traumáticas, lesão por esmagamento, síndrome compartimental ou reimplantação de extremidades amputadas, com classificação de gravidade II, III ou IV;
- j) Pacientes em sepse, choque séptico ou insuficiências orgânicas devido a vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas.

XXII. Pet-scan oncológico

1. Cobertura assegurada para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a) Para caracterização das lesões;
 - b) No estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
 - c) Na detecção de recorrências.
2. Cobertura assegurada para pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a) No estadiamento primário;
 - b) Na avaliação da resposta terapêutica;
 - c) No monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não Hodgkin.
3. Em caso de indisponibilidade de rede prestadora de serviço para este procedimento na localidade de ocorrência do evento, a operadora deve disponibilizar o mesmo na localidade mais próxima, sem a obrigatoriedade de cobertura de remoção ou transporte.

XXIII. Succinil acetona, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para tirosinemia (concentração sanguínea de tirosina aumentada);
- b) Pacientes com suspeita de doenças do metabolismo da tirosina, especialmente tirosinemia hereditária tipo I.

XXIV. Teste de inclinação ortostática (Tilt Test), com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Ausência de doença cardíaca conhecida, para avaliação do componente neurovascular como causa de episódios recorrentes de síncope;
- b) Existência de doença cardíaca, depois que tenham sido excluídas as causas cardiogênicas.



Ar



XXV. Transplante autólogo de medula óssea, cobertura assegurada para receptores com idade igual ou inferior a 75 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a) Leucemia mieloide aguda em primeira ou segunda remissão;
- b) Linfoma não Hodgkin de graus intermediário e alto, indolente transformado, quimiossensível, com terapia de salvamento, após a primeira recidiva;
- c) Doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;
- d) Mieloma múltiplo;
- e) Tumor de célula germinativa recidivado, quimiossensível, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual; e
- f) Neuroblastoma em estágio IV e/ou alto risco (estádio II, III e IVS com nMyc amplificado e idade igual ou maior do que 6 meses, desde que bom respondedor à quimioterapia (remissão completa ou resposta parcial), em primeira terapia.

XXVI. Transplante alogênico de medula óssea

1. Os TCTH (transplante de célula tronco hematopoéticas) de medula óssea em que o receptor e o doador são consanguíneos podem ser realizados com ou sem mieloblação, e serão de cobertura assegurada desde que preenchidos os seguintes critérios:

1.1. Com mieloblação: Receptores com igualdade ou inferior a 65 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a) Leucemia mieloide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t (8;21) ou inv. 16;
- b) Leucemia mieloide aguda com falha na primeira indução;
- c) Leucemia mieloide aguda em segunda ou terceira remissão;
- d) Leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- e) Leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- f) Leucemia mieloide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);
- g) Anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;
- h) Síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- i) Imunodeficiência celular primária;
- j) Talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro; ou
- k) Mielofibrose primária em fase evolutiva.

1.2. Sem mieloblação: Receptores com idade igual ou inferior a 70 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a) Qualquer das listas no item anterior, em pacientes com doença associada (co-morbidade);



- b) Leucemia linfoide crônica;
- c) Mieloma múltiplo;
- d) Linfoma não Hodgkin indolente; ou
- e) Doença de Hodgkin quimiosensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

2. Os TCTH de medula óssea em que o receptor e o doador não são consanguíneos são de cobertura assegurada quando o receptor tiver idade igual ou inferior a 60 anos e apresentar uma das seguintes patologias:

- a) Leucemia mieloide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv.16;
- b) Leucemia mieloide aguda em segunda ou terceira remissão;
- c) Leucemia linfoide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- d) Leucemia linfoide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- e) Leucemia mieloide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);
- f) Anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;
- g) Síndrome mielodisplástica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto;
- h) Imunodeficiência celular primária;
- i) Osteoporose, ou
- j) Mielofibrose primária em fase evolutiva.

XXVII. Tratamento cirúrgico da epilepsia, cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes portadores de epilepsia com comprovada refratariedade ao tratamento medicamentoso, estabelecida pela comprovação da persistência das crises ou de efeitos colaterais intoleráveis após o uso de, no mínimo, três antiepiléticos em dose máxima tolerada por no mínimo dois anos de epilepsia;
- b) Pacientes portadores de epilepsia catastróficas de infância, quando comprovada a deterioração do desenvolvimento psicomotor, independente da duração da epilepsia.

XXVIII. Cirurgia de esterilização feminina (laqueadura tubária/laqueadura tubária laparoscópica)

Baseada na LEI 9.263 de 12 de janeiro de 1996

1. Cobertura assegurada nos casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Mulheres com capacidade civil plena;
- b) Maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- c) Seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;



A



- d)** Seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, passíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- e)** Em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- f)** Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

2. É vedada a realização de laqueadura tubária quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a)** Durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- b)** Através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- c)** Quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
- d)** Em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

XXIX. Cirurgia de esterilização masculina (vasectomia)

Baseada na LEI 9.263 de 12 de janeiro de 1996

- 1.** A esterilização masculina representada pelo método cirúrgico é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.
- 2.** A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura assegurada quando preenchidos todos os seguintes requisitos:
 - a)** Homens com capacidade civil plena;
 - b)** Maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
 - c)** Seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
 - d)** Seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
 - e)** Em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
 - f)** O procedimento cirúrgico deve ser devidamente registrado em prontuário e será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la;
 - g)** Seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão;
 - h)** Avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente;



Ar



3. É vedada a realização da cirurgia para esterilização masculina nos seguintes casos:

- a)** Durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico;
- b)** Em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

XXX. Implante de cárdio-desfibrilador implantável - CDI (Inclui eletrodos e gerador)

1. Cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a)** Recuperados de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ou fibrilação ventricular de causa não reversível, com fração de ejeção de menor ou igual a 35% ou com cardiopatia estrutural;
- b)** Taquicardia ventricular sustentada, espontânea, de causa não reversível, com FE menor ou igual a 35%;
- c)** Síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, clinicamente relevante, com fração de ejeção menor ou igual a 35% ou com cardiopatia estrutural.

2. Não é assegurada a cobertura do implante do cardiodesfibrilador implantável (CDI) em associação ao marcapasso multissítio/ressincronizador cardíaco (RC)

XXXI. Implante de marcapasso multissítio (Inclui eletrodos e gerador)

1. Cobertura assegurada quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a)** Pacientes com fração de ejeção menor ou igual a 35%, em ritmo sinusal, com bloqueio completo de ramo esquerdo; e
- b)** Pacientes ambulatoriais com classe funcional III ou IV, apesar de terapia médica recomendada ótima (incluindo betabloqueadores, sempre que possível); e
- c)** Pacientes em acompanhamento em ambulatório de referência por pelo menos 3 (três) meses, com dissincronia cardíaca, evidenciada por QRS de duração superior a 0,12 segundos e comprovada ao ecocardiograma.

2. Não é assegurada a cobertura do implante do marcapasso multissítio/ressincronizador cardíaco (RC) em associação ao cardiodesfibrilador implantável (CDI).

XXXII. Análise molecular de DNA, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a)** Na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nas Diretrizes Clínicas publicadas pela DIPRO/ANS em Instrução Normativa específica, quando seguidos os parâmetros definidos nestas diretrizes;



Handwritten signature



b) Na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes Clínicas, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos de doença atual ou história familiar, as demais possibilidades diagnósticas tiverem sido esgotadas, houver indicação de um geneticista clínico e o exame puder ser realizado em território nacional.

XXXIII. Fator V Leiden, análise de mutação, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com trombose venosa recorrente;
- b) Pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática;
- c) Pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa;
- d) Pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com IAM;
- e) Pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa;
- f) Familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.

XXXIV. Pesquisa de microdeleções e microduplicações por Fish (Fluorescence in situ hybridization), com cobertura assegurada quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos de doença atual ou história familiar, as demais possibilidades diagnósticas tiverem sido esgotadas, houver indicação de um geneticista clínico e o exame puder ser realizado em território nacional.

XXXV. Protrombina, pesquisa de mutação, com cobertura assegurada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com trombose venosa recorrente;
- b) Pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática;
- c) Pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa;
- d) Pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com IAM;
- e) Pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa;
- f) Familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.

XXXVI. Colocação de banda gástrica, com cobertura assegurada para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II.

Grupo I

- a) Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com comorbidades (diabetes, ou apneia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
- b) IMC entre 40 Kg/m² e 50 Kg/m², com ou sem co-morbidade.

Grupo II

- a) Pacientes com IMC superior a 50 Kg/m²;
- b) Pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais ou moderados (risco de suicídio);
- c) Uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos;
- d) Hábito excessivo de comer doces.

Obs.: Técnicas cirúrgicas contempladas - CIRURGIA RESTRITIVA, GASTROPLASTIA VERTICAL BANDADA, CIRURGIA DE MASON, GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA E GASTROPLASTIA VERTICAL SEM DERIVAÇÃO.

O procedimento BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL não está contemplado.

XXXVII. Dermolipectomia, com cobertura assegurada em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago); e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias.

XXXVIII. Gatroplastia (cirurgia bariátrica), com cobertura assegurada para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II.

Grupo I

- a) Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com comorbidades (diabetes, ou apneia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
- b) IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem comorbidades.

Grupo II

- a) Pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais ou moderados (risco de suicídio);
- b) Uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.

Obs.: Técnicas cirúrgicas contempladas - CIRURGIA MISTA, CIRURGIA MISTA COM MAIOR COMPONENTE RESTRITIVO, GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL, DESVIO GÁSTRICO COM Y DE ROUX, GASTROPLASTIA COM DESVIO INTESTINAL COM Y DE ROUX, COM OU SEM ANEL DE ESTREITAMENTO OU CONTENÇÃO NA SAÍDA DO ESTÔMAGO REDUZIDO, CIRURGIA DE FOBI, FOBI-CAPELLA OU CAPELLA, BYPASS GÁSTRICO, CIRURGIA PREDOMINANTEMENTE DESABSORTIVA, DERIVAÇÃO BILIO-PANCREÁTICA, COM GASTRETOMIA DISTAL OU COM GASTRECTOMIA VERTICAL, PRESERVAÇÃO PILÓRICA E DESVIO DUODENAL, CIRURGIA DE SCOPINARO, DUODENAL-SWITCH.



A



O procedimento BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL não está contemplado.

Cláusula 50. Todos os procedimentos acima arrolados não terão cobertura quando em desacordo com os requisitos, limites e condições previstas na cláusula anterior.

Cláusula 51. É garantida a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- I. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- II. Quimioterapia oncológica ambulatorial, caracterizada como 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;
- III. Radioterapia ambulatorial, nos limites da segmentação **AMBULATORIAL** do rol de procedimentos previsto na Resolução Normativa nº 262/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar(ANS);
- IV. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam de acordo com limites da segmentação **AMBULATORIAL** do rol de procedimentos previsto na Resolução Normativa nº 262/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar(ANS);
- V. Hemoterapia ambulatorial.

§ Único. Para fins da cobertura prevista no inciso II, desta cláusula, definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

Cláusula 52. São asseguradas as seguintes coberturas:

- I. Cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de exames complementares, 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. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares, medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- III. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, nos termos do "Rol de Procedimentos da RN nº 262/2011", elaborado e publicado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar);
- IV. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- V. Eventos obstétricos, inclusive as consultas médicas obstétricas para pré-natal, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas.

Ar



VI. Atendimento nos casos de planejamento familiar, limitados a consultas de aconselhamento, atividade educacional, atendimento clínico, exame de sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA), implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal (incluído o dispositivo), implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal (incluído o dispositivo), vasectomia, laqueadura tubária convencional e laqueadura tubária videolaparoscópica e demais procedimentos listados no Anexo da RN/ANS nº 262/2011; nos limites das segmentações AMBULATORIAL e HOSPITALAR, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT, estabelecidos neste instrumento;

VII. Participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos previstos contratualmente e listados no Anexo da RN/ANS nº 262/2011, nos limites das segmentações AMBULATORIAL e HOSPITALAR, desde que haja indicação clínica para tanto, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT;

VIII. Procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, nos limites das segmentações **AMBULATORIAL e HOSPITALAR**, do rol de procedimentos previsto na Resolução Normativa nº 262/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), -respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT;

IX. Procedimentos listados no Rol previsto na Resolução Normativa nº 262/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos limites das segmentações **AMBULATORIAL e HOSPITALAR**, relacionados com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT, estabelecidos neste instrumento;

X. Atendimento, independente do local de ocorrência do evento, respeitadas as segmentações **AMBULATORIAL e HOSPITALAR**, a área geográfica de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da CONTRATADA e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT, estabelecidos neste instrumento;

§ Único. Para fins do disposto no inciso II desta cláusula, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do "Beneficiário", com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

Cláusula 53. Aos "Beneficiários" é assegurado o direito de remoção inter-hospitalar, na seguinte forma:

- I.** A remoção do "Beneficiário" será sempre na condição de paciente;
- II.** A remoção do "Beneficiário" paciente será realizada mediante solicitação do médico assistente/cooperado responsável pelo atendimento;
- III.** A remoção inter-hospitalar do "Beneficiário" paciente será realizada na área geográfica de abrangência contratada, desde que comprovadamente necessária.

Cláusula 54. O "Beneficiário" ou seu responsável deverá solicitar que o médico assistente efetue, no caso de comprovada necessidade de remoção, contato prévio com a CONTRATADA, de forma a permitir que a mesma assuma a condução do processo de remoção.

Cláusula 55. O recém-nascido, filho natural ou adotivo do "Beneficiário", terá direito às coberturas contratuais durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto, não podendo ser alegada a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), ficando também veda-

da a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, mediante manifestação expressa de vontade do CONTRATANTE.

XV. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula 56. Estão expressamente excluídos desse contrato, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura, os seguintes procedimentos:

- I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
- II. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**
- III. Inseminação artificial;**
- IV. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;**
- V. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;**
- VI. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde não registrados/regularizados na ANVISA;**
- VII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;**
- VIII. Fornecimento de todo e qualquer tipo de material e equipamento para tratamento domiciliar;**
- IX. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;**
- X. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**
- XI. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- XII. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- XIII. Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida, mediante solicitação do médico assistente/cooperado);**
- XIV. Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- XV. Transplantes, à exceção dos listados no Anexo da RN/ANS nº 262/2011;**
- XVI. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto;**
- XVII. Todo e qualquer procedimento odontológico ou vinculado aos de natureza odontológica, executados por cirurgião-dentista, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista;**
- XVIII. Honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos**



odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar,

XIX. Consultas domiciliares;

XX. Procedimentos domiciliares;

XXI. Todo e qualquer procedimento que não esteja expressamente previsto no "Rol de Procedimentos da RN nº 262/2011" (Rol de Procedimentos para as segmentações AMBULATORIAL e HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, elaborado e publicado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar).

XXII. Cirurgia para mudança de sexo;

XXIII. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XXIV. Aplicação de vacinas preventivas;

XXV. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXVI. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXVII. Consultas e atendimentos por especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXVIII. Despesas de acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição hospitalar) e acomodação de 1 (um) acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos, e para portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

XXIX. Produtos de higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não esteja vinculada à cobertura contratada;

XXX. Consultas, exames, procedimentos, tratamentos e internações hospitalares realizados fora da área de abrangência geográfica contratada;

XXXI. Internação nos hospitais a seguir relacionados:

✓ **RECIFE:** Hospital Esperança, Hospital Memorial São José, Hospital Santa Joana;

✓ **RIO DE JANEIRO:** Clínica Pediátrica da Barra, Day Hospital S/C Ltda, Clínica São Vicente, Perinatal Laranjeiras, Pró Cardíaco, Hospital Samaritano, Hospital Copa D'or;

✓ **SALVADOR:** Hospital Espanhol, Hospital São Rafael, Hospital Santo Amaro (Fundação José Silveira), Clínica Pró Baby, Hospital Aliança, Instituto Cardiopulmonar;

✓ **SÃO PAULO:** Hospital Maternidade São Luis, Hospital Infantil Sabará, Hospital 9 de julho, Hospital Samaritano, Hospital do Coração, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital Sírio Libanês, Hospital São Camilo - Unidade Pompéia, Hospital Albert Einstein;

✓ **SANTO ANDRÉ (São Paulo):** Hospital e Maternidade Brasil, Hospital e Maternidade Beneficência Portuguesa;

✓ **JUNDIAÍ (São Paulo):** Hospital Santa Elisa;



A



- ✓ **SÃO BERNARDO (São Paulo):** Hospital e Maternidade Assunção;
- ✓ **BELO HORIZONTE:** Hospital Mater Dei.

Cláusula 57. Entende-se como tratamento clínico ou cirúrgico experimental aquele que emprega fármacos (medicamentos), vacinas, testes diagnósticos, aparelhos e/ou produtos para a saúde não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso *off-label*).

Cláusula 58. Entende-se como procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

Cláusula 59. Entende-se como fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Cláusula 60. Entende-se como prótese e órtese não ligados ao ato cirúrgico, os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

Cláusula 61. Entende-se por inseminação artificial 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.

Cláusula 62. Entende-se por fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência).

Cláusula 63. Entende-se como prótese, qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido do corpo humano.

Cláusula 64. Entende-se como órtese, qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido do corpo humano.

Cláusula 65. Para fins de cobertura, por este contrato, de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, deve ser observado o seguinte:




- I. Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Anexo da RN/ANS nº 262/2011, nas segmentações AMBULATORIAL E HOSPITALAR;
- II. O médico assistente deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- III. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA.

XVI. DURAÇÃO DO CONTRATO

Cláusula 66. Este contrato é firmado por prazo indeterminado, a partir da data de sua assinatura, razão pela qual não haverá renovação automática deste instrumento, nem cobrança de taxa ou qualquer outro valor relativo à renovação contratual.

Cláusula 67. O CONTRATANTE compromete-se a permanecer no mínimo 12 (meses) no presente contrato.

XVII. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula 68. Ficam estabelecidos para a utilização dos serviços aqui convencionados, em relação a cada "Beneficiário", a contar da assinatura do CONTRATO ou a contar de inclusão posterior de novo "Beneficiário", os seguintes prazos de carências:

- I. 24 (Vinte quatro) horas para a cobertura de casos de urgência ou emergência, nos termos previstos neste instrumento;
- II. 30 (trinta) dias para consultas médicas, nos termos previstos neste instrumento;
- III. 30 (trinta) dias para exames complementares auxiliares de diagnóstico, exceto os do inciso "V", nos termos previstos neste instrumento;
- IV. 90 (noventa) dias para consultas/sessões de fonoaudiologia, nutrição, psicoterapia e terapia ocupacional, nos termos previstos neste instrumento;
- V. 180 (cento e oitenta) dias para os exames complementares: Ecocardiografia, Holter (cardíaco e de pressão), Tomografia Computadorizada, Cintilografia, Densitometria Óssea, Ressonância Nuclear Magnética, Ultra-sonografia Vascular, Neuro-radiologia, Angiografias, Hemodinâmica, Quimioterapia, Radioterapia, Radiologia Intervencionista e Anatomia Patológica, nos termos previstos neste instrumento;
- VI. 180 (cento e oitenta) dias para internação hospitalar de qualquer natureza e todos os demais casos de cobertura, nos termos previstos neste instrumento;
- VII. 300 (trezentos) dias para parto a termo, nos termos previstos neste instrumento.



Ar



Cláusula 69. Caso o “Beneficiário” ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato, não será exigido o cumprimento de prazos de carência previstos neste instrumento.

§ 1º. A cada aniversário do contrato do plano de assistência à saúde será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que a Proposta de Admissão seja formalizada até 30 (trinta) dias antes da data de aniversário do contrato.

§ 2º. Após o decurso dos prazos acima definidos será exigido o cumprimento de prazos de carência previstos contratualmente.

Cláusula 70. Os prazos de carência estabelecidos neste contrato independem do prazo da cobertura parcial temporária, de vinte e quatro meses, decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.

XVIII. DOENÇAS E LESÕES PRÉEXISTENTES

Cláusula 71. Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o “Beneficiário” ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, na data da assinatura do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa (ANS) nº 162/2007.

Cláusula 72. É dever prévio do “Beneficiário” ou de seu representante legal informar sobre as Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) de que saiba ser portador ou sofredor à data da assinatura do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, sob pena de caracterização de fraude.

Cláusula 73. A informação solicitada será preenchida na Declaração de Saúde (DS) anexa, integrante do presente contrato.

§1º. A omissão total ou parcial sobre Doença ou Lesão Preexistente (DLP) conhecida, uma vez comprovada em processo administrativo instaurado perante a ANS, implicará na responsabilização do “Beneficiário” pelas despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

§ 2º. A CONTRATADA disponibilizará médicos cooperados, sem quaisquer ônus, para que o candidato a “Beneficiário” seja orientado no correto preenchimento da Declaração de Saúde (DS) durante a entrevista qualificada, ficando este obrigado a declarar as doenças ou lesões de que saiba ser portador ou sofredor.

§ 3º. O “Beneficiário”, para obtenção dos direitos contratuais, sujeitar-se-á a realização da entrevista qualificada e, caso necessário, na efetivação, sem qualquer ônus, de perícias e exames que o médico cooperado julgar pertinentes para complementar as informações da Declaração de Saúde (DS).

§ 4º. Caso o “Beneficiário” opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.



§ 5º. A recusa do "Beneficiário" em preencher a Declaração de Saúde (DS) e/ou realizar a entrevista qualificada, poderá implicar na recusa, por parte da CONTRATADA, de aceitar a Proposta de Admissão.

§ 6º. No momento da contratação ou adesão ao presente contrato, se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no "Beneficiário" por médico cooperado e não constatada qualquer doença ou lesão, fica a CONTRATADA proibida de alegar omissão de informação de Doença ou Lesão Preexistente (DLP).

Cláusula 74. Constatada de qualquer forma, pela CONTRATADA, a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP) à data da assinatura ou da adesão ao presente contrato, seja por perícia, por entrevista qualificada ou por meio da Declaração de Saúde (DS), terá direito o CONTRATANTE a Cobertura Parcial Temporária (CPT), por um período ininterrupto de até 24 meses, no qual haverá a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo "Beneficiário" ou por seu representante legal.

Cláusula 75. Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da assinatura do contrato ou da adesão do "Beneficiário" ao plano de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo "Beneficiário" ou por seu representante legal.

Cláusula 76. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do "Beneficiário" sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11 da Lei nº 9.656/98, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento.

§ 1º. À CONTRATADA caberá o ônus da prova.

§ 2º. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação acima.

§ 3º. Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano, o "Beneficiário" terá que ser comunicado imediatamente pela CONTRATADA.

§ 4º. Caso o "Beneficiário" não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§ 5º. Se solicitado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), o "Beneficiário" deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§ 6º. Após julgamento e acolhida à alegação da CONTRATADA pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), o "Beneficiário" passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva



comunicação pela CONTRATADA ao "Beneficiário" da existência da doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano.

§ 7º. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) do encerramento do processo administrativo.

XIX. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 77. Declaram as partes que, para fins deste contrato, emergência significa: risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente, conforme dispõe o art. 35-C, da Lei nº 9.656/98, denominada Lei dos Planos de Saúde e a Resolução Consu nº 13, de 3 de novembro de 1998.

Cláusula 78. Declaram as partes que, para fins deste contrato, urgência significa: ocorrência resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, conforme dispõe o art. 35-C, da Lei nº 9.656/98, denominada Lei dos Planos de Saúde e a Resolução Consu nº 13, de 3 de novembro de 1998.

Cláusula 79. O "Beneficiário" terá direito a cobertura, ambulatorial e hospitalar integral para urgência decorrente de acidente pessoal, depois de transcorridas as primeiras 24 horas da assinatura do contrato ou de sua inclusão no mesmo.

Cláusula 80. A CONTRATADA assegura que após cumpridas as carências, o Beneficiário terá direito à cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

Cláusula 81. O atendimento de urgência do "Beneficiário" será feito nos serviços de pronto-atendimento ou nos serviços de urgência hospitalar e ambulatorial, próprios ou credenciados da CONTRATADA, sempre observadas as exclusões de cobertura, carências e regulamentações previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 82. A CONTRATADA obriga-se a reembolsar o "Beneficiário" ou a pessoa que por ele fizer a despesa com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados, dentro da área geográfica coberta pelo contrato. O reembolso será conforme a relação de preços de serviços praticados pela CONTRATADA, previstos na **TUE - Tabela Unimed/Empresa.**

Cláusula 83. A CONTRATADA assegura que o valor do reembolso nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado junto à sua rede de prestadores do respectivo plano, salvo se o gasto for menor.

Cláusula 84. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- I. Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento;



II. Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

III. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;

IV. Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

§ 1º. O prazo de prescrição para o “Beneficiário” apresentar os documentos acima citados será de um ano após a ocorrência do evento que deu origem ao ressarcimento.

§ 2º. Os valores de franquia ou co-participação não pagos no momento do atendimento serão deduzidos dos valores a serem reembolsados ao “Beneficiário”.

§ 3º. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao “Beneficiário”, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Cláusula 85. Nos casos de atendimento de emergência e urgência, a cobertura contratual está limitada às 12 primeiras horas, quando:

I. O atendimento decorrer de doença ou lesão preexistente, nos contratos com acordo de cobertura parcial temporária, que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade;

II. O atendimento decorrer de processo gestacional em que a “Beneficiária” estiver em período de carência;

III. O atendimento ocorrer durante o cumprimento dos períodos de carência para internação hospitalar;

Cláusula 86. A CONTRATADA assegura a remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente/cooperado, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

Cláusula 87. A CONTRATADA garante a remoção para unidade do SUS que dispõe dos recursos necessários a continuidade dos atendimentos classificados como de urgência e emergência, nos casos em que o “Beneficiário” esteja cumprindo período de carência para internação ou nos casos em que houver cobertura parcial temporária, que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

§ 1º. Na impossibilidade de haver remoção, por risco de vida, o CONTRATANTE ou “Beneficiário” e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

§ 2º. A CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.



Handwritten signature



§ 3º. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no *caput* desta cláusula, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

XX. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CO-PARTICIPAÇÕES E FRANQUIAS

Cláusula 88. A CONTRATADA reserva-se ao direito de adotar mecanismo financeiro de regulação, isto é, o "Beneficiário" terá que participar no pagamento de cada procedimento, conforme classificação do art. 3º da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998. Senão vejamos:

- I. "Co-participação": é a parte efetivamente paga pelo CONTRATANTE à CONTRATADA, referente a realização do procedimento;
- II. "Franquia": é o valor estabelecido no presente contrato de plano de assistência à saúde até o qual a CONTRATADA não tem responsabilidade de cobertura. Este valor deverá ser pago pelo "Beneficiário" diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço.

Cláusula 89. A CONTRATADA assegura que os valores de co-participação ou franquia estão de acordo com o normativo editado pela ANS, vigente a época da contratação.

Cláusula 90. O "Beneficiário" obriga-se a pagar o valor de co-participação ou franquia, de acordo com o descrito abaixo:

CONSULTAS

- I. Consulta médica no consultório do cooperado: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 25,00 (vinte e cinco reais)** por consulta realizada;
- II. Consultas/sessões de nutrição: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 25,00 (vinte e cinco reais)** por consulta/sessão realizada;
- III. Consultas/sessões de fonoaudiologia, psicoterapia, psicologia e terapia ocupacional: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 23,00 (vinte e três reais)** por consulta/sessão realizada;
- IV. Consulta de urgência nos locais onde a CONTRATADA mantenha plantão médico: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 37,50 (trinta e sete reais e cinquenta centavos)** por consulta realizada;

SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

- v. Serviço auxiliar de diagnose na área da patologia clínica (análises clínicas): Co-participação e/ou franquia de **R\$ 3,40 (três reais e quarenta centavos)** por exame realizado;
- vi. Serviço auxiliar de diagnose: exames de a fresco do conteúdo vaginal, motilidade ocular, tonometria simples, dermatologia, audiometria, gustometria,

método de Proetz, rinomanometria e pesquisa de fenômeno de "Túlio": Co-participação e/ou franquia de **R\$ 4,50 (quatro reais e cinquenta centavos)** por exame realizado;

VII. Serviço auxiliar de terapia: fisioterapia: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 9,00 (nove reais)** para cada sessão de fisioterapia a partir da 31ª, por ano de contrato;

VIII. Serviço auxiliar de diagnose e terapia: radioterapia (por sessão): Co-participação e/ou franquia de **R\$ 12,30 (doze reais e trinta centavos)** por exame ou sessão realizado;

IX. Serviço auxiliar de diagnose e terapia: exames de raio "x" não contrastado, eletrocardiograma, teste e prova de alergologia, prova ventilatória, espirometria e medicina nuclear: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 13,40 (treze reais e quarenta centavos)** por exame ou sessão realizado;

X. Serviço auxiliar de diagnose: citopatológico cérvico-vaginal oncótico e microflora: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 13,60 (treze reais e sessenta centavos)** por exame realizado;

XI. Serviço auxiliar de diagnose: exames de raio "x" contrastado, ultrasonografia (exceto na área de cardiologia), anatomia patológica e citopatologia (exceto cérvico vaginal oncótico e microflora), exame de propedêutica vascular instrumental, exames de diagnose de ginecologia e obstetrícia (exceto o exame de a fresco de conteúdo vaginal), exames de diagnose em oftalmologia (exceto exame de motilidade ocular e tonometria simples), exames de diagnose em otorrinolaringologia (exceto audiometria, gustometria, método de Proetz, rinomanometria e pesquisa de fenômeno de "Túlio"), exames de diagnose em urologia, eletroencefalograma, neurologia, eletroneuromiografia (face) e fibro-naso-faringo-laringoscopia: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 27,30 (vinte e sete reais e trinta centavos)** por exame realizado;

XII. Serviço auxiliar de diagnose genética: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 28,60 (vinte e oito reais e sessenta centavos)** por exame realizado;

XIII. Serviço auxiliar de diagnose e terapia: mamografia, quimioterapia (por sessão), e mamografia digital, Co-participação e/ou franquia de **R\$ 50,20 (cinquenta reais e vinte centavos)** por exame ou sessão realizado;

XIV. Serviço auxiliar de diagnose: exames de cardiologia (exceto eletrocardiograma), poli-sonografia, tomografia computadorizada, neuro-radiologia, endoscopia digestiva, endoscopia peroral, hemodiálise (por sessão), tilt teste, mapeamento cerebral eletroneuromiografia (MMII / MMSS) 2 membros: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 54,70 (cinquenta e quatro reais e setenta centavos)** por exame realizado;

XV. Serviço auxiliar de diagnose: radiologia intervencionista, angiografia, mielografia: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 57,60 (cinquenta e sete reais e sessenta centavos)** por exame realizado;



[Handwritten signature]



XVI. Serviço auxiliar de diagnose: eletroneuromiografia(MMII / MMSS) 4 membros: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 109,60 (cento e nove reais e sessenta centavos)** por exame realizado;

XVII.Serviço auxiliar de diagnose: densitometria óssea (dois segmentos) e densitometria óssea (corpo inteiro): Co-participação e/ou franquia de **R\$ 68,00 (sessenta e oito reais)** por exame realizado e densitometria óssea (um segmento) **R\$ 40,00 (quarenta reais)** por exames realizado;

XVIII. Serviço auxiliar de diagnose: exames de ressonância nuclear magnética: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 262,00 (duzentos e sessenta e dois reais)** por exame realizado;

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

XIX. Remoção do cerume: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 13,40 (treze reais e quarenta centavos)** por procedimento;

XX. Fototerapia: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 18,50 (dezoito reais e cinquenta centavos)** para cada sessão;

XXI. Acupuntura: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 27,30 (vinte e sete reais e trinta centavos)** para cada sessão de acupuntura;

XXII.Procedimento ambulatorial eletivo: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 27,30 (vinte e sete reais e trinta centavos)** por procedimento realizado;

XXIII. Tratamentos oftalmológicos a laser: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 72,10 (setenta e dois reais e dez centavos)** por procedimento realizado;

XXIV. Procedimento de implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal, incluído o dispositivo: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 86,40 (oitenta e seis reais e quarenta centavos)** por procedimento realizado;

XXV.Procedimento de implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal, incluído o dispositivo: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 135,20 (cento e trinta e cinco reais e vinte centavos)** por procedimento realizado;

XXVI. Procedimento de pet-scan oncológico: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 564,80 (Quinhentos e sessenta e quatro reais e oitenta centavos)** por procedimento realizado;

INTERNAÇÕES HOSPITALARES

XXVII. Procedimento de cirurgia esterilizadora masculina: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 27,30 (vinte e sete reais e trinta centavos)** por procedimento realizado;

XXVIII. Internação hospitalar na área de clínica médica: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 54,70 (cinquenta e quatro reais e setenta centavos)**

por dia de internação, cobrada a partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de internação, continuada ou intercalada, no transcorrer de 1 (um) ano de contrato;

XXIX. Internação psiquiátrica: Co-participação e/ou franquia de **R\$ R\$ 54,70 (cinquenta e quatro reais e setenta centavos)** por dia de internação, cobrada a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, continuada ou intercalada, no transcorrer de 1 (um) ano de contrato;

XXX. Internação hospitalar na área de clínica cirúrgica: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 80,70 (oitenta reais e setenta centavos)** por dia de internação, cobrada a partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de internação, continuada ou intercalada, no transcorrer de 1 (um) ano de contrato;

XXXI. Internação hospitalar em CTI, UTI e CTE: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 134,20 (cento e trinta e quatro reais e vinte centavos)** por dia de internação, cobrada a partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de internação, continuada ou intercalada, no transcorrer de 1 (um) ano de contrato;

XXXII. Procedimento de laqueadura tubária convencional: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 144,30 (cento e quarenta e quatro reais e trinta centavos)** por procedimento realizado;

XXXIII. Procedimento de laqueadura tubária laparoscópica: Co-participação e/ou franquia de **R\$ 216,30 (duzentos e dezesseis reais e trinta centavos)** por procedimento realizado.

HABILITAÇÃO DO "BENEFICIÁRIO" PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

Cláusula 91. A CONTRATADA fornecerá aos "Beneficiários" o Cartão de Identificação referente ao plano contratado, com a descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT (Cobertura Parcial Temporária), quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da Lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o "Beneficiário" esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.

Cláusula 92. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste contrato será prestado sem a apresentação do Cartão de Identificação do "Beneficiário", fornecido e expedido pela CONTRATADA, acompanhado da Cédula de Identidade Civil do "Beneficiário" e, inexistindo tal documento, será aceito outro que surta efeito similar.

§ Único. O Cartão de Identificação é documento pessoal e intransferível do "Beneficiário".



Handwritten signature



Cláusula 93. O CONTRATANTE, no caso de extravio do Cartão de Identificação do "Beneficiário", para fins de obtenção da 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, arcando com as despesas de emissão de outra via.

Cláusula 94. O CONTRATANTE obriga-se a recolher os cartões expedidos pela CONTRATADA, na hipótese de exclusão de "Beneficiário" ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo pelos valores desembolsados pela CONTRATADA, incluindo as despesas administrativas, relativas aos atendimentos fornecidos em virtude da utilização indevida durante o prazo de validade do referido cartão.

Cláusula 95. Cessa a responsabilidade do CONTRATANTE a partir da entrega dos cartões de identificação dos beneficiários à CONTRATADA. Caso assim não proceda o CONTRATANTE, a responsabilidade desta se estenderá até o final do prazo de validade do Cartão de Identificação do "Beneficiário".

LOCAIS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Cláusula 96. Excetuadas as hipóteses de atendimento de urgência ou emergência, os serviços ou procedimentos aqui cobertos somente serão prestados nos consultórios dos médicos cooperados, nos serviços de apoio de diagnose e terapia, nos serviços de urgência, nos ambulatórios e nos hospitais próprios ou credenciados da CONTRATADA, todos estes localizados dentro dos limites geográficos deste contrato e expressamente previstos no "GUIA MÉDICO", entregue em anexo ao presente contrato, onde recairá a escolha do "Beneficiário".

CONSULTAS

Cláusula 97. As consultas serão prestadas mediante a exibição do Cartão de Identificação do "Beneficiário".

SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

Cláusula 98. Os serviços auxiliares de diagnose e terapia previstos neste contrato serão prestados mediante solicitação por escrito do médico assistente responsável pela consulta que originou a requisição, em formulário próprio da CONTRATADA e autorizada pela CONTRATADA.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Cláusula 99. Os procedimentos ambulatoriais eletivos previstos neste contrato serão concedidos mediante solicitação escrita do médico assistente responsável pelo procedimento ambulatorial do "Beneficiário", e autorizada pela CONTRATADA.

Cláusula 100. A CONTRATADA reserva-se o direito de solicitar perícia médica prévia aos procedimentos ambulatoriais eletivos.

Cláusula 101. A CONTRATADA, mediante exibição da solicitação escrita do médico assistente, emitirá autorização de atendimento ambulatorial, observadas as regras que



A



disciplinam o atendimento, as exclusões de cobertura, carências e regulamentações previstas nas cláusulas deste contrato.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Cláusula 102. As internações hospitalares previstas neste contrato serão concedidas mediante solicitação escrita do médico assistente/cooperado responsável pela internação hospitalar do "Beneficiário", e autorizada, quando for o caso, após análise e perícia prévia realizada por médico auditor indicado pela CONTRATADA.

Cláusula 103. A CONTRATADA, mediante exibição da solicitação escrita do médico assistente, emitirá autorização de atendimento para a entidade hospitalar própria, credenciada ou referenciada, observadas as regras que disciplinam o atendimento, as exclusões de cobertura, carências e regulamentações previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 104. Na hipótese do "Beneficiário" optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, no momento da internação hospitalar, deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento, não sendo devido o reembolso por parte da CONTRATADA.

Cláusula 105. Os materiais hospitalares e medicamentos devidamente registrados na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e no Ministério da Saúde, prescritos por médico assistente/cooperado, durante o período de internação contratualmente coberto, bem como os materiais de próteses, órteses e implantes nacionais ou nacionalizados, desde que ligados ao ato cirúrgico e com registro definitivo na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e no Ministério da Saúde, fornecidos pela CONTRATADA ou por quem ela indicar, seguem as normas de autorização e auditorias próprias da CONTRATADA, que visam assegurar seu uso adequado, em bases científicas. Buscam também garantir a qualidade e o cumprimento da legislação pertinente. A autorização de cobertura para os referidos materiais fica condicionada à apresentação de laudo do médico assistente, com indicações comprovadas e reconhecidas cientificamente, lastreadas na evidência médica científica aceita internacionalmente, não estando cobertos protocolos de cunho experimental.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Cláusula 106. A autorização prévia para realização de serviços auxiliares de diagnose e terapia, procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares, será realizada em um dos escritórios da Unimed, ou por fax, internet ou telefone para ligação gratuita (0800), divulgado pela CONTRATADA aos "Beneficiários".

Cláusula 107. O "Beneficiário", para que possa usufruir os direitos previstos neste contrato, deverá tomar as devidas providências nas sedes ou postos administrativos da cooperativa médica UNIMED que prestará o atendimento, sempre que ocorrer em localidade atendida por outra cooperativa médica UNIMED, que não a CONTRATADA.

Cláusula 108. A CONTRATADA garante, ao "Beneficiário", que a autorização prévia para realização de procedimentos ou o atendimento pelo profissional avaliador será no



A



prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Cláusula 109. Nas hipóteses de internação hospitalar de urgência ou emergência, poderá a mesma realizar-se mediante exibição do cartão de identificação do "Beneficiário", obrigando-se este ou seu representante a comparecer na sede da CONTRATADA, no prazo de 2 (dois) dias úteis subsequentes à internação hospitalar para a obtenção da AIH, sob pena de perda da cobertura contratual, exceto em caso de autorização por internet.

Cláusula 110. Reserva-se a CONTRATADA o direito de não reconhecer a internação hospitalar dita de urgência ou emergência, sempre que a mesma haja ocorrido sem a observância do conceito de urgência ou emergência adotado por este contrato.

Cláusula 111. A CONTRATADA garante que no caso de situação de divergência médica a respeito de autorização prévia, a solução do impasse se dará por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo "Beneficiário", por médico cooperado da CONTRATADA e por um terceiro médico, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

SERVIÇOS HOSPITALARES CONTRATADOS/CREDENCIADOS/REFERENCIADOS

Cláusula 112. Reserva-se a CONTRATADA o direito de substituição de entidade hospitalar participante da sua rede assistencial, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos "beneficiários" e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ Único. Faculta-se ao CONTRATANTE resilir o presente contrato, caso se entenda prejudicado com a substituição.

Cláusula 113. Na hipótese em que a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA, durante período de internação do "Beneficiário", o estabelecimento estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente/cooperado, sempre observadas as exclusões de cobertura, carências e regulamentações previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 114. No caso de substituição do estabelecimento hospitalar em razão de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, durante período de internação do "Beneficiário", a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata do paciente para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional.

Cláusula 115. A CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa para efetuar o redimensionamento da rede hospitalar por redução, informando:

- I. nome da entidade a ser excluída;
- II. capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;



Ar



III. impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV. justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

Cláusula 116. A comunicação de substituição de estabelecimento hospitalar credenciado será realizada através de boletim informativo da CONTRATADA, que será enviado ao CONTRATANTE, competindo ao mesmo informar os “Beneficiários” do teor das informações no mesmo contidas.

DIVULGAÇÃO DA REDE DE PRESTADORES

Cláusula 117. A CONTRATADA divulgará o nome dos médicos cooperados e rede de prestadores dos serviços ora contratados, credenciados e referenciados, pelos seguintes meios:

- I. “GUIA MÉDICO” (impresso);
- II. Escritórios da Unimed VTRP;
- III. Telefone: 08000511166.

Cláusula 118. O “Beneficiário”, ao utilizar os serviços, deverá confirmar as informações contidas no “GUIA MÉDICO”, em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

Cláusula 119. O “Beneficiário” poderá ter acesso às atualizações do “GUIA MÉDICO” na sede da CONTRATADA, por meio do serviço de tele-atendimento ou pelo site na internet.

SISTEMA NACIONAL UNIMED

Cláusula 120. As Unimed’s que compõem o Sistema Nacional são aquelas constantes no “GUIA MÉDICO”, parte integrante deste instrumento.

XXI. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Cláusula 121. Trata-se de contrato com preço pré-estabelecido, com valores fixados com base em cálculos atuariais, levando em consideração os custos dos serviços disponibilizados aos “Beneficiários”, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos excluídos, os prazos de carência, os limites de cobertura contratada, o valor e/ou percentual de co-participação ou franquia e a carga tributária incidente sobre as cooperativas de trabalho médico.

Cláusula 122. Este contrato é firmado na modalidade “coletivo com patrocinador”, sendo que haverá participação financeira ou intermediação de recursos dos “Beneficiários”, pelo CONTRATANTE à CONTRATADA, assumindo o CONTRATANTE o encargo de efetuar o repasse integral do valor da contraprestação pecuniária à CONTRATADA.



Cláusula 123. Obriga-se o CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA, via fatura ou boleto bancário, na modalidade de pré-pagamento, ou seja, antes da utilização das coberturas contratadas, os seguintes valores:

- I. Despesas de inscrição, por "Beneficiário", correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor da mensalidade vigente no ato da assinatura deste contrato ou da inclusão de novo "Beneficiário", conforme valores previstos na Proposta de Admissão;
- II. Mensalidade, por "Beneficiário" inscrito neste contrato, correspondente à faixa etária que esteja enquadrado;
- III. Valores correspondentes às co-participações contratadas, conforme opção indicada na Proposta de Admissão.

Cláusula 124. O valor contratado será pago no respectivo vencimento, conforme Proposta de Admissão.

Cláusula 125. As mensalidades contratuais serão devidas pelo CONTRATANTE à CONTRATADA desde a assinatura do contrato e/ou da data da inclusão de "Beneficiário", sem embargo do período de carência, quando houver.

Cláusula 126. O CONTRATANTE consultará, previamente, a CONTRATADA, antes de efetivar qualquer retenção de valores decorrentes deste contrato, nas hipóteses em que a legislação exija ou venha a exigir, para fins de acordar sua efetiva incidência no caso em concreto.

Cláusula 127. Em caso de atraso no pagamento dos valores contratados, incidirão sobre os mesmos, multa de 2% (dois por cento) mais juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da correção monetária pelo IGPM/FGV.

Cláusula 128. O atraso superior a 60 (sessenta) dias no pagamento dos valores contratados possibilitará à CONTRATADA, mediante prévia comunicação por escrito, o registro do CONTRATANTE no Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), sendo o mesmo cancelado somente após a quitação da dívida, sem prejuízo das demais cláusulas deste contrato.

Cláusula 129. Fica expresso que a prestação de serviços, cobrada através de fatura e/ou boleto bancário, refere-se a disponibilização ao(s) "Beneficiário" (s), da cobertura do(s) serviço(s) contratualmente referido(s), ainda que não seja os mesmos usufruídos no período, o que não desfigura, para quaisquer efeitos, a natureza da prestação.

Cláusula 130. Os valores das mensalidades previstos neste contrato destinam-se proporcionalmente, segundo cálculos atuariais próprios da CONTRATADA, à remuneração dos atos cooperativos principais (serviços médicos) e ao ressarcimento dos atos cooperativos auxiliares (serviços indispensáveis ao atendimento médico) tais como despesas laboratoriais, raio-x, hospitalares, etc, e destinam-se, igualmente, a cobrir os custos administrativos da CONTRATADA.

CONDIÇÕES E PRAZO DE PAGAMENTO, INADIMPLENTO POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS



Cláusula 131. Obriga-se o “Beneficiário” a pagar à pessoa jurídica CONTRATANTE do presente plano de assistência à saúde, na data de vencimento estabelecida entre as partes, as despesas e valores que seguem:

- I. Despesas de inscrição, por “Beneficiário”, correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor da mensalidade vigente no ato da assinatura deste contrato ou da inclusão de novo “Beneficiário”, conforme valores previstos na Proposta de Admissão;
- II. Mensalidade, por “Beneficiário” inscrito neste contrato, correspondente à faixa base, devendo incidir os percentuais referentes à faixa etária, para cálculo da mensalidade devida, conforme valores previstos na Proposta de Admissão;
- III. Valores correspondentes às co-participações contratadas, conforme opção indicada na Proposta de Admissão.

Cláusula 132. Em caso de atraso no pagamento das mensalidades, incidirão sobre o valor devido, multa de 2% (dois por cento) mais juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da correção monetária pelo IGPM/FGV.

Cláusula 133. O atraso no pagamento das mensalidades, possibilitará à pessoa jurídica CONTRATANTE excluir o “Beneficiário” inadimplente.

XXII. REAJUSTE

Cláusula 134. Convencionam as partes que as obrigações da CONTRATADA, em decorrência dos serviços aqui previstos, dão ao presente a natureza de um contrato de prestação de serviços futuros, sendo seus preços passíveis de reajuste, conforme oscilem os custos, a sinistralidade e os encargos tributários necessários a sua execução, tendo-se sempre em conta a sinistralidade inicialmente prevista dentro dos limites do custeio da mensalidade.

Cláusula 135. O valor da contraprestação econômica mensal e das co-participações, bem como os demais valores previstos neste contrato, serão reajustados anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, observada sempre, enquanto piso (menor valor), a variação do IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas) no período, ou no caso de sua extinção, por outro índice equivalente que o substitua, assegurada a livre negociação entre as partes, quanto à adoção de índices superiores ao IGPM/FGV.

§ 1º. Para fins do disposto no *caput* desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

§ 2º. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 da RN/ANS nº 195.

§ 3º. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 da RN/ANS nº 195.



A



Cláusula 136. A variação percentual acumulada do índice contratualmente estabelecido será calculada com uma defasagem de 30 (trinta) dias, ou seja, a apuração da referida variação terá por base o período compreendido entre 30 (trinta) dias antes da data de início de cada ano de contrato até 30 (trinta) dias antes do término do ano contratual.

Cláusula 137. Na hipótese de legislação que permita reajustes em prazos menores que o aqui estipulado, o presente contrato ficará automaticamente adaptado ao prazo mínimo previsto em lei.

Cláusula 138. O reajuste anual da contraprestação mensal contratada será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 30 (trinta) dias após sua aplicação.

XXIII. FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 139. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada "Beneficiário" inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade do "Beneficiário", que importe em deslocamento para outra faixa etária, a mensalidade será aumentada no mês seguinte ao do seu aniversário, de acordo com os percentuais da tabela abaixo:

	FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
1ª	1 (um) dia até 18 (dezoito) anos	0%
2ª	19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	20% (vinte por cento)
3ª	24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	8,33% (oito vírgula trinta e três por cento)
4ª	29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	3,85% (três vírgula oitenta e cinco por cento)
5ª	34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	11,11% (onze vírgula onze por cento)
6ª	39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	13,33% (treze vírgula trinta e três por cento)
7ª	44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	14,71% (catorze vírgula setenta e um por cento)
8ª	49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	20,51% (vinte vírgula cinquenta e um por cento)
9ª	54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	27,66% (vinte e sete vírgula sessenta e seis por cento)
10	59 (cinquenta e nove) anos ou mais	26,67% (vinte e seis vírgula sessenta e sete por cento)

§ Único. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima indicados e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, não se confundindo com o reajuste monetário anual.

Cláusula 140. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão observar as seguintes condições:



- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

XXIV. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO

Cláusula 141. Na hipótese de extinção do presente contrato, a CONTRATADA disponibilizará ao universo de "Beneficiários" inscritos neste contrato, plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

§ 1º. Considera-se, na contagem de prazos de carência, o período de permanência do "Beneficiário" no plano coletivo POR cancelado.

§ 2º. Incluem-se no universo de "Beneficiários" de que trata o **caput**, todo o grupo familiar vinculado ao "Beneficiário Titular".

§ 3º. Os "Beneficiários" deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do presente contrato.

§ 4º. O CONTRATANTE deve informar aos "Beneficiários" sobre o cancelamento do contrato, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o **caput** desta cláusula.

XXV. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula 142. As condições para perda da qualidade de "Beneficiário" do plano de saúde contratado que continua vigente, são as seguintes:

- I. Morte do "Beneficiário";
- II. Casamento de filho(a) ou enteado(a) menor de 21 (vinte e um) anos;
- III. Filho(a) ou enteado(a) ter completado 21 anos, exceto de tiver entre 21 e 24 anos e for estudante;
- IV. Filho(a) ou enteado(a) com idade entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos, ter perdido a condição de estudante;
- V. Filho(a) ou enteado(a) estudante com idade igual ou maior que 24 (vinte e quatro) anos;
- VI. Extinção de relação de união estável ou da sociedade conjugal;
- VII. Prática de fraude comprovada,
- VIII. Perda do vínculo com o CONTRATANTE,
- IX. Inadimplemento de valores contratualmente devidos pelo "Beneficiário" à pessoa jurídica CONTRATANTE.

Cláusula 143. Caberá ao CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de "Beneficiário", que poderá ser efetuada em qualquer dia do mês.

Cláusula 144. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- I. Fraude comprovada; ou



[Handwritten signature]



II. Por perda do vínculo do titular com o CONTRATANTE, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei Nº 9.656, de 1998.

Cláusula 145. Os “Beneficiários” que perderem a condição de dependência poderão assinar novo contrato em até 30 (trinta) dias após perda do direito de dependência, aproveitando as carências já cumpridas, salvo em caso de fraude comprovada. Contudo, deverão observar as condições e tabelas vigentes para contratos novos.

XXVI. RESCISÃO/SUSPENSÃO

Cláusula 146. O presente contrato somente poderá ser resilido imotivadamente após a vigência do período de doze meses, e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, através de meio que comprove o efetivo recebimento da comunicação.

Cláusula 147. Resili-se o contrato, de pleno direito, por parte do CONTRATANTE, no caso de haver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, por parte da CONTRATADA, desde que a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los, indenizando eventuais e comprovados prejuízos. Nesse caso, caberá à CONTRATADA indenizar o CONTRATANTE das despesas diretamente relacionadas com os prejuízos decorrentes da sonegação dos serviços.

Cláusula 148. Resili-se o contrato, de pleno direito, em favor da CONTRATADA, no caso de fraude comprovada ou inadimplemento de valores contratualmente devidos pelo CONTRATANTE, por período de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, desde que o último, comprovadamente notificado, até o 50º (quingüagésimo) dia de inadimplência, não venha a atualizar, completamente, com os acréscimos legais e contratuais, os valores contratados devidos ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis. Neste caso caberá ao CONTRATANTE indenizar a CONTRATADA dos valores em débito.

Cláusula 149. O CONTRATANTE responde pela veracidade dos todos os dados fornecidos à CONTRATADA, ficando sujeito ao pagamento de indenização por perdas e danos na hipótese de fraude comprovada, sem prejuízo da suspensão ou o cancelamento do contrato.

Cláusula 150. Caso o contrato seja resilido imotivadamente antes do término do primeiro ano contratual, o CONTRATANTE pagará uma multa equivalente ao valor de 2 (duas) mensalidades à época da rescisão, sem prejuízo das perdas e danos que excederem a multa aqui estabelecida.

XXVII. DISPOSIÇÕES GERAIS

DECLARAÇÃO DE DIREITOS E DEVERES CONTRATUAIS

Cláusula 151. O CONTRATANTE declara-se ciente de que os serviços e coberturas acima descritos estão submetidos a exclusões, limitações de cobertura, prazos carenciais e regras que disciplinam o seu fornecimento.

Cláusula 152. As cláusulas referentes a exclusões ou limitações, aqui previstas, aplicam-se cumulativamente, sem que a incidência de uma exclua a de outras.



Cláusula 153. Qualquer tolerância quanto às obrigações ora estabelecidas não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

AUTORIZAÇÕES E RESPONSABILIDADES

Cláusula 154. O CONTRATANTE e o(s) "Beneficiário(s)" inscrito(s) autorizam expressamente a CONTRATADA a obter, a qualquer tempo, por intermédio do Coordenador Médico desta designado junto à ANS, informações e documentações acerca de evento ou de atendimento ocorrido durante a contratação do presente plano de assistência à saúde.

Cláusula 155. O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes inscritos, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização do setor da assistência à saúde.

Cláusula 156. A CONTRATADA responde civil e criminalmente pela utilização indevida de dados confidenciais.

DOCUMENTOS QUE INTEGRAM O CONTRATO

Cláusula 157. Integram o presente contrato:

- I. Proposta de Admissão - Pessoa Jurídica ao contrato;
- II. Cópia da entrevista qualificada, contendo a Declaração de Doença Pré-existente dos "Beneficiários";
- III. Regulamento do Transporte Aeromédico;
- IV. Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 262/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- V. Guia de Leitura Contratual - GLC.

Cláusula 158. Quando da renovação dos elementos contratuais acima descritos, será obrigação da CONTRATADA fornecer para o CONTRATANTE um exemplar de cada componente renovado, caso haja alteração no conteúdo dos mesmos.

Cláusula 159. O CONTRATANTE aceita, desde de já, a substituição e o recebimento dos documentos previstos neste contrato via arquivos especiais (digitalizados e microfilmados), como se originais fossem, para todos os efeitos.

XXVIII. ELEIÇÃO DO FORO

Cláusula 160. Fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do CONTRATANTE para a solução de qualquer litígio proveniente deste contrato, com renúncia expressa de qualquer outro.



Handwritten signature



XXIX. ENCERRAMENTO

E, por estarem assim, justos e contratados assinam o presente instrumento na presença das testemunhas abaixo para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Lajeado, 01 de janeiro de 2014.

[Handwritten Signature]
CONTRATANTE

[Handwritten Signature]

VÁLIDO SOMENTE P/ CONTRATOS DE PLANOS
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SCS, SAÚDE OCUPACIONAL
E BENEFÍCIOS
CONTRATADA
**UNIMED - Cooperativa de Serviços de
Saúde dos
Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**

[Handwritten Signature]
TESTEMUNHA:
C.I.:
CPF/MF: 026 882 470-22

[Handwritten Signature]
TESTEMUNHA:
C.I.:
CPF/MF: 06.281.450-05