Unimed Vales do Taquari e Rio Pardo/RS

PROPOSTA DE ADMISSÃO
- INDIVIDUAL/FAMILIAR -
Nº_____

Tab.:
Mod.:
Inscr.:
Prop.:
Termo:
Convênio:

DADOS DO CONTRATANTE

NOME:					
CPF					
DATA NASCIMENTO _____/_____/_____	EST. CIVIL	SEXO ( ) M ( ) F			
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
CIDADE	BAIRRO	UF	CEP		
E-MAIL	TELEFONE				
NOME DA MÃE					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO				
ENDEREÇO DE COBRANÇA					
BAIRRO	CIDADE				
UF	CEP	CARGO/ATIVIDADE EXERCIDA			
EX-CLIENTE DA UNIMED ( ) SIM ( ) NÃO	UNIMED	CÓDIGO ANTERIOR	DATA EXCLUSÃO	CONTRATANTE	TIPO DE CARÊNCIA

DADOS DOS DEPENDENTES

Código parentesco	NOME				
CPF	NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO				
DATA NASCIMENTO _____/_____/_____	EST. CIVIL	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	SEXO ( ) M ( ) F		
NOME DA MÃE					
TIPO CARÊNCIA	ENDEREÇO RESIDENCIAL				
CIDADE	BAIRRO	UF	CEP		

Código parentesco	NOME

CPF	NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO

DATA NASCIMENTO _____/_____/_____	EST. CIVIL	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	SEXO ( ) M ( ) F
NOME DA MÃE			

TIPO CARÊNCIA	ENDEREÇO RESIDENCIAL

CIDADE	BAIRRO	UF	CEP

Código parentesco	NOME
CPF	NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO

DATA NASCIMENTO _____/_____/_____	EST. CIVIL	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	SEXO ( ) M ( ) F
NOME DA MÃE			

TIPO CARÊNCIA	ENDEREÇO RESIDENCIAL

CIDADE	BAIRRO	UF	CEP

Código parentesco	NOME
CPF	NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO

DATA NASCIMENTO _____/_____/_____	EST. CIVIL	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	SEXO ( ) M ( ) F
NOME DA MÃE			

TIPO CARÊNCIA	ENDEREÇO RESIDENCIAL

CIDADE	BAIRRO	UF	CEP

Código parentesco	NOME
CPF	NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO

DATA NASCIMENTO _____/_____/_____	EST. CIVIL	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	SEXO ( ) M ( ) F
NOME DA MÃE			

TIPO CARÊN-CIA	ENDEREÇO RESIDENCIAL		
CIDADE	BAIRRO	UF	CEP

LEGENDA

CÓDIGO PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	PÓS-VEN-DAS	SOS	BENEFÍCIOS	ENTREGA
FI – Filho (a) ES – Esposo(a) CO – Companheiro (a)	1 – Fundamental 2 – Ens. Médio 3 – Superior 4 – Especialização 5 – Mestrado 6 – Doutorado 7 – Pós Doutorado	1 – Solteiro 2 – Casado 3 – Viúvo 4 – Separado 5 – Divorciado 6 - Outros	( ) Sim ( ) Não FORMA ( ) SMS ( ) Telefone ( ) E-mail	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não ODONTO ( ) Sim ( ) Não	( ) Unimed ( ) Correio ( ) Escritório _____

DÉBITO EM CONTA	BANCO	NOME COMPLETO DO CORRENTISTA	
( ) Sim ( ) Não	Nº DA AGÊNCIA	CIDADE	Nº DA CONTA CORRENTE
ASSINATURA DO CORRENTISTA			

DADOS DO PLANO DE SAÚDE

TIPO Individual/familiar	INÍCIO VIGÊNCIA _____/____/_____	ÁREA GEOGRÁFICA NACIONAL	TIPO DE SEGMENTAÇÃO REFERÊNCIA SEMI-PRIVATIVO

VALORES

( ) com coparticipação e franquias	OBS.

VENCIMENTO FA-TURA	AMB. HOSP.	(+) SOS	(+) BENEFÍCIOS	(-) DESCONTO	TOTAL MENS.	BÁSICO (0-18 ANOS)

Lajeado, _____ de _____ de 20 _____.

_____ _____

Assinatura do Cliente ou de seu Representante Legal

Assinatura do Consultor

Código _____

Em caso de plano para menor:

Nome do responsável:_____

CPF do responsável: _____

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AMBULATORIAL - HOSPITALAR –

PLANO REFERÊNCIA

I. CONTRATANTE E OPERADORA

Contratante: _____

Nome da Mãe: _____

Data de nascimento: _____ C.P.F.: _____

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____ CEP Nº: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Dados do Representante Legal:

Nome: _____ Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

CPF Nº: _____

End. Residencial: _____ Nº: ____ Apto: _____

Bairro: _____ Município: _____

CEP Nº: _____

Telefone: _____

E-mail: _____; conforme ficha cadastro anexa, adiante chamado **CONTRATANTE.**

Operadora: UNIMED - Cooperativa de Serviços de Saúde dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda, sociedade cooperativa constituída na forma da Lei 5.764/71, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 87.300.448/0001-09, operadora de planos privados de assistência à saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 30.639-8, e classificada na modalidade Cooperativa Médica, com sede na Av. Piraí, nº 155, Bairro São Cristóvão, CEP 95913-148, em Lajeado – RS, representada na forma de seu estatuto social, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

II. TIPO DE CONTRATO

Este plano é denominado comercialmente, está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Nome comercial e Número de registro na ANS: TOTAL CLASS B2 FAM REF - 426886995 (Ambulatorial/Hospitalar semi-privativo com coparticipação/franquia)

Tipo de contratação: Individual/Familiar

Segmentação Assistencial: este plano oferece cobertura Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia.

Abrangência Geográfica: Nacional

Área de atuação: 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.

Rede de atendimento: Especial.

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

Formação do preço: contrato com preço preestabelecido, com valores fixados com base em cálculos atuariais, pelo método do Regime de Repartição Simples (RRS).

Coberturas e serviços adicionais: Benefício de Remissão e Assistência Médica em Transporte Aeromédico.

III. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

Cláusula Primeira: O contrato, que se classifica como contrato de adesão e formação bilateral, nas condições nele previstas, cobre aqueles serviços de assistência médica e hospitalar, nos limites qualitativos e quantitativos que são previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde (RPES) editado pela ANS, vigente à época do evento, para atendimento às doenças previstas no Código Internacional de Doenças (CID-10), genericamente apontados neste contrato.

§ 1º Aplica-se a este contrato a Lei nº 9.656/98 - Lei dos Planos de Saúde (LPS) e, subsidiariamente, no que nele e na mesma lei não estiver contido, o Código Civil (CC) e o Código de Defesa do Consumidor (CDC).

§ 2º Excetua-se da regra prevista no cabeçalho desta cláusula, o contrato adicional de assistência médica em transporte aeromédico, cujo conjunto de obrigações da **CONTRATADA** é o exclusivamente nele contido, com exclusão de qualquer outra cobertura.

§ 3º Ficam fora deste contrato os atendimentos que não tiverem cobertura contratual, por exclusão, ou limitação de qualquer natureza, os quais poderão ser solicitados à **CONTRATADA**, e por ela fornecidos, mediante responsabilidade do **CONTRATANTE** ou seu beneficiário, a critério daquela, sendo pagos em cobrança separada, com o acréscimo das despesas

administrativas da mesma.

IV. ADMISSÃO e PERMANÊNCIA de BENEFICIÁRIOS

Cláusula Segunda: É **beneficiário titular** deste contrato o seu **CONTRATANTE,** caso não se exclua expressamente, em documento ao mesmo anexo, desta condição.

Cláusula Terceira: Podem ser beneficiários dependentes aqueles inscritos pelo **CONTRATANTE**, como dependentes econômicos de seus beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, enquadráveis num dos seguintes casos:
I. a(o) esposa(o) ou a(o) companheira(o) da união estável;
II. os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 30 (trinta) anos e os(as) filhos(as) com incapacidade civil reconhecida judicialmente, como é o caso do (da) curatelado (a), equiparando-se o(a) enteado(a), o(a) menor cuja guarda (seja designada por determinação judicial (seja provisória ou definitiva, podendo a operadora monitorar a manutenção da provisória para fins de elegibilidade) e o(a) menor tutelado(a); e
III. os(as) filhos(as) estudantes, até 30 (trinta) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.
§ 1º O **CONTRATANTE,** ao firmar este instrumento, entregará à **CONTRATADA** a Proposta de Adesão, contendo a relação dos beneficiários que integrarão o presente contrato.
§ 2º O **CONTRATANTE**, quando incluir beneficiários dependentes, deverá comprovar o vínculo de dependência do beneficiário titular, na forma estabelecida nesta cláusula.
§ 3º A **CONTRATADA** pode, a qualquer tempo, **exigir e comprovar a condição de elegibilidade do beneficiário dependente** e, não existindo ou deixando de existir, determinar a sua exclusão, não implicando, a aceitação inicial, concordância com inclusão fora da previsão da cláusula.
§ 4º O recém-nascido terá direito às coberturas contratuais, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência, contanto que incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento, mediante manifestação expressa de vontade do **CONTRATANTE.**
§ 5º Na hipótese prevista no § 4º desta cláusula, caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.
§ 6º O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser inscrito no plano, situação em que serão aproveitadas as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante, ficando isento do cumprimento de carência caso a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

Cláusula Quarta: Afora as hipóteses de inscrição ou continuidade da cobertura em desacordo com este contrato, o presente contrato poderá ser cancelado pelo **TITULAR** de forma presencial (na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados), por meio de atendimento telefônico ou por meio da página da operadora na internet (https://www.unimed.coop.br/web/vtrp).

§ 1º A continuidade da condição de beneficiário, fora das hipóteses previstas nesta cláusula, ocorrerá quando:
I. o **CONTRATANTE** excluir-se, sendo beneficiário do contrato;
II. o **CONTRATANTE** morrer, sendo beneficiário do contrato; ou
III. o beneficiário perder a condição contratual completa que lhe permitiu ser incluído no

contrato, situação que se equivale a não conseguir comprovar esta condição, caso lhe seja exigido.

§ 2º O disposto na presente cláusula não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade;

§ 3º O **CONTRATANTE** obriga-se a recolher os cartões de identificação expedidos pela **CONTRATADA**, na hipótese de exclusão dos beneficiários, ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo, até a entrega dos mesmos para a primeira, pelos custos desembolsados pela **CONTRATADA**, limitada esta responsabilidade ao prazo de validade do cartão.

§ 4º A exclusão do beneficiário titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, contanto que um deles assume como titular, sendo que, nenhum deles aceitando, será possível firmar novos contratos com os remanescentes como titulares.

V. ESPECIFICAÇÃO DAS COBERTURAS GARANTIDAS

A. Doenças Cobertas

Cláusula Quinta: Este contrato, nos seus termos e nas limitações nele previstas, oferece cobertura para todas as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

B. Cobertura Ambulatorial

Cláusula Sexta: Os beneficiários terão direito aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, nos termos das cláusulas deste contrato, a serem prestados por pessoas físicas e jurídicas credenciadas ou referenciadas pela **CONTRATADA**, constantes no "Guia Médico e de Serviços", sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato e no rol dele integrante.

Cláusula Sétima: Os beneficiários do **CONTRATANTE** terão direito às seguintes coberturas:

I. **consultas médicas básicas e especializadas**, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, realizadas com médico assistente/cooperado;

II. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente/cooperado, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, nem demande anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio, nem embolizações, nas espécies e limites constantes do RPES;

III. **medicamentos** registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, quando do atendimento ambulatorial dos procedimentos e eventos contemplados no RPES, para a segmentação ambulatorial;

IV. serviços de **nutricionista** referenciado pela **CONTRATADA**, quando indicado pelo médico assistente/cooperado, obedecidos casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;

V. consultas ou sessões, com **fonoaudiólogo**, referenciado pela **CONTRATADA**, quando indicado pelo médico assistente/cooperado, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;
VI. consultas ou sessões com **psicólogo ou terapeuta ocupacional**, referenciados pela **CONTRATADA**, quando indicado pelo médico assistente/cooperado, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;
VII. **psicoterapia**, que poderá ser realizada pelo médico assistente/cooperado ou psicólogo referenciado pela **CONTRATADA**, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;
VIII. **procedimentos de reeducação e reabilitação física**, **listados no RPES**, realizáveis por médico assistente/cooperado fisiatra ou por fisioterapeuta, referenciado pela **CONTRATADA,** mediante tratamento indicado por médico assistente/cooperado, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;
IX. **ações de planejamento familiar**, conforme as previsões constantes do RPES para segmentação ambulatorial;
X. **atendimentos de urgência e emergência**, conforme definidos em Lei;
XI. **remoção**, uma vez realizados atendimentos de urgência ou emergência pelo contrato, quando caracterizada pelo médico assistente/cooperado a falta de recursos para continuidade da atenção ao paciente ou a necessidade de sua internação;
XII. **hemodiálise e diálise peritonial**;
XIII. **quimioterapia oncológica ambulatorial**, para administração de medicamentos no tratamento ambulatorial do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos e medicamentos adjuvantes que necessitem, conforme o médico assistente/cooperado, intervenção ou supervisão de profissionais de saúde em estabelecimento de saúde; excluída a cobertura de quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e
XIV. **medicamentos antineoplásicos orais** para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no RPES, respeitadas as características do medicamento genérico e fracionado.
XV. **procedimentos de radioterapia** previstos no RPES para a segmentação ambulatorial;
XVI. **procedimentos de hemodinâmica** sem internação, nem apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 (doze) horas, nem os ministrados em unidade de terapia intensiva ou similares e que ainda estavam previstos no RPES para a segmentação ambulatorial;
XVII. **hemoterapia ambulatorial**; e
XVIII. **cirurgias oftalmológicas** previstas no RPES para a segmentação ambulatorial;
XIX. **atendimento às emergências psiquiátricas**, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
XX. **psicoterapia de crise**, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas;
XXI. Fica garantida a cobertura nas urgências e emergências por no mínimo doze horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação.
§ 1º Conta-se o ano do contrato, quando o mesmo é considerado unidade de tempo para efeitos dos limites previstos no RPES, como aquele que termina 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após a assinatura do contrato e assim sucessivamente.
§ 2º Para fins da cobertura prevista nesta **cláusula**, no **inciso XIII**, 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.
§ 3º Para fins da cobertura prevista **nesta cláusula**, no **inciso XIV**, definem-se:
a) medicamento antineoplásico oral como medicamento quimioterápico administrado pela via oral, com ação antiblástica, voltado ao tratamento do Câncer, cuja ação específica, em cada tipo desta patologia, depende de comprovação científica.
b) medicamento genérico como medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira, ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional, conforme definido em Lei e
c) medicamento fracionado como medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do Órgão ou Entidade pública competente.
§ 4º: Os medicamentos antineoplásicos orais, de que trata o **inciso XIV** desta **cláusula**, serão fornecidos diretamente pela **CONTRATADA**, ou por quem ela indicar, observadas, pelo beneficiário ou seu representante, quanto ao medicamento, estas obrigações:
a) uso pessoal e intransferível;
b) vedação de descarte em lixo convencional, devendo o excedente ser devolvido à **CONTRATADA** e
c) manutenção fora do alcance de terceiros que não o paciente e seus cuidadores.

C. Cobertura Hospitalar

Cláusula Oitava: Os beneficiários contratuais terão direito à cobertura, mediante autorização (AIH), nas internações hospitalares, em número ilimitado de dias, das despesas de honorários médicos e de outros profissionais de saúde, estes indicados pelo médico assistente/cooperado, dos serviços gerais de enfermagem; da alimentação; do material utilizado e das taxas, respeitadas as seguintes regras:
I. hospedagem nas acomodações contratualmente previstas, e o Centro de Terapia Intensiva ou similar, garantido o direito às acomodações superiores, nos casos de inexistência daquela previamente indicada no contrato, nos estabelecimentos próprios ou credenciados da **CONTRATADA**, sem ônus adicional ao CONTRATANTE;
II. **hospital-dia**, nos transtornos mentais, conforme Diretrizes de Utilização estabelecidas no RPES, excluídas quaisquer outras;
III. transplantes listados no RPES e procedimentos e a eles vinculados, incluindo:
a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
b) os medicamentos utilizados durante a internação;
c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
d) as despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

IV. fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais, neste contrato, sendo nele tratados pela sigla OPME, que o beneficiário venha a necessitar durante o atendimento hospitalar, desde que diretamente ligados ao ato cirúrgico e fornecidos diretamente pela **CONTRATADA,** ou por quem ela indicar, observados os termos deste contrato;
V. custeio exclusivo das despesas de alimentação e acomodação de um único acompanhante, salvo que isto seja expressamente contraindicado pelo profissional de saúde assistente, nos seguintes casos:

a) criança ou adolescente, menor de 18 (dezoito) anos;
b) idoso, a partir de 60 (sessenta) anos de idade;
c) pessoas portadoras de deficiência; e
d) parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas.
VI. **realização** de cirurgias buco-maxilo-faciais listadas na RPE, para segmentação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos; anestésicos; gases medicinais; transfusões; assistência de enfermagem; alimentação; órteses; próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
VII. custeio da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos de ambulatório, mas que, diante de imperativo clínico apontado pelo médico assistente, necessitem de internação hospitalar, com a mesma cobertura prevista no **inciso VI desta cláusula**, **ressalvados, por estarem fora da cobertura, honorários do cirurgião-dentista e materiais odontológicos**;
VIII. exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de anestésicos; gases medicinais, medicamentos; sessões de quimioterapia; radioterapia e transfusões, conforme prescrição do médico assistente;
IX. procedimentos logo abaixo, nas alíneas deste inciso previstos, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação:
a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) procedimento radioterápicos, nos casos previstos no RPES, excluídos quaisquer outros;
d) hemoterapia;
e) nutrição parenteral ou enteral;
f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmicas tais como previstos no RPES, com exclusão dos demais casos nele não previstos**;**
g) embolizações previstas no RPES, com exclusão dos demais casos nele não previstos;
h) radiologia intervencionista;
i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) procedimentos de reeducação e reabilitação física previstos no RPES, com exclusão dos demais casos nele não previstos.
X. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, inclusive pelas técnicas necessárias ao tratamento de mutilação decorrente de tratamento de câncer;
XI. cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme RPES vigente à época do evento;
XII. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e
XIII. remoção comprovadamente necessária do paciente para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica;
XIV. custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em entidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
XV. o custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização. O custeio somente poderá ser parcial se, dentro dos prazos indicados, houver coparticipação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas;
XVI. a cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos

psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
XVII. a cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
XVIII. para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano;
XIX. a cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes autólogos listados no RPES vigentes à época do evento;
XX. a cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção.
§ 1º. Para esta **cláusula**, define-se cobertura de hospital-dia como o recurso apto a desenvolver programas e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir internação convencional, sem deixar de proporcionar a mesma amplitude ofertada neste.
§ 2º. Para os planos de segmentação hospitalar resta aplicável toda a cobertura relativa ao pré-natal e assistência ao parto e puerpério, havendo cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

D. Disposições Gerais para Ambas as Segmentações

Cláusula nona: Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos, possuem cobertura obrigatória, desde que regularizados, registrados e com indicações constantes da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou relação de outro tipo entre a **CONTRATADA** e seus prestadores de serviço de saúde.

Cláusula 10: Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando especificados no RPES.
Parágrafo único. Todas as escopias listadas no RPES têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

E. Coberturas Especiais Limitadas

Cláusula 11: Os procedimentos relacionados no rol exemplificativo abaixo, e que necessitem de cobertura especial, terão cobertura conforme previsão constante no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, desde que respeitada a segmentação correspondente, requisitos e limites das Diretrizes de Utilização publicadas pela ANS:
I. Acilcarnitinas – Perfil Quantitativo e/ou Qualitativo;
II. Análise Molecular de DNA;
III. Angiotomografia Coronariana;
IV. Audiometria Vocal com Mensagem Competitiva/Avaliação do Processamento Auditivo Central;

V. Avidez de IGG para Toxoplasmose;
VI. Biópsia Percutânea a vácuo guiada por Raio X ou Ultrassonografia - US (Mamotomia);
VII. Bloqueio com Toxina Botulínica Tipo A para Tratamento de Distonias Focais, Espasmo Hemifaciale Espasticidade;
VIII. BRAF;
IX. Cintilografia do Miocárdio;
X. Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica;
XI. Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);
XII. Cirurgia Refrativa - PRK ou Lasik;
XIII. Citomegalovírus – Qualitativo por PCR;
XIV. Colocação de Banda Gástrica por Videolaparoscopia ou por Via Laparotômica;
XV. Coloboma – Correção Cirúrgica;
XVI. Cordotomia – Mielotomia por Radiofrequência;
XVII. Dermolipectomia;
XVIII. Dímero-D;
XIX. EGFR;
XX. Eletroforese de Proteínas de Alta Resolução;
XXI. Embolização de Artéria Uterina;
XXII. Estimulação Elétrica Transcutânea;
XXIII. Fator V Leiden, Análise de Mutação;
XXIV. Galactose-1-Fosfato Uridiltransferase;
XXV. Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por Videolaparoscopia ou por Via LAparotômica;
XXVI. Hepatite B - Teste Quantitativo;
XXVII. Hepatite C - Genotipagem;
XXVIII. HER -2;
XXIX. HIV, Genotipagem;
XXX. Implante Coclear;
XXXI. Implante de Anel Intraestromal;
XXXII. Implante de Cárdio-Desfribilador Implantável – CDI (Inclui Eletrodos e Gerador);
XXXIII. Implante de Eletrodos e/ou Gerador para Estimulação Medular;
XXXIV. Implante de Eletrodos e/ou Gerador para Estimulação Cerebral Profunda;
XXXV. Implante de Gerador para Neuroestimulação;
XXXVI. Implante de Marca-Passo Bicameral (Gerador + Eletrodos Atrial ou Ventricular);
XXXVII. Implante de Marca-Passo Monocameral (Gerador + Eletrodos Atrial ou Ventricular);
XXXVIII. Implante de Marca-Passo Multissítio (Gerador + Eletrodos Atrial ou Ventricular);
IXL. Implante Intra-Tecal de Bombas para Infusão de Farmácos (Inclui Medicamentos);
XL. Imunofixação para Proteínas;
XLI. Incontinência Urinária, Tratamento Cirúrgico Sling ou Esfíncter Artificial;
XLII. Inibidor dos Fatores da Hemostasia;
XLII. K-RAS;
XLIII. Mamografia Digital;
XLIV. Mapeamento Eletroanatômico Cardíaco Tridimensional;
XLVI. Microcirurgia a Céu Aberto por Radiofrequência da Zona de Entrada da Raiz Dorsal (Drezotomia – Drez);
XLVII. Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial – Mapa;
XLVIII. Oxigenoterapia Hiperbárica;
XLIX. Pesquisa de Microdeleções/Microduplicações por Fish (Fluorescence in Situ Hybridization);

L. Pet-Scan Oncológico;
LI. Protombina, Pesquisa de Mutação;
LII. Radioablação/Termoablação do Câncer Primário Hepático;
LIII. Rizotomia Percutânea com ou sem Radiofrequência;
LIV. Succinil Acetona;
LV. Terapia Antineoplástica Oral para Tratamento de Câncer;
LVI. Terapia Imunobiológica Endovenosa para Tratamento de Artrite Psoriásica, Doença de Crohn e Espondilite Anquilosante;
LVII. Terapia Imunobiológica Endovenosa ou Subcutânea para tratamento de Artrite Reumatóide;
LVIII. Teste Ergométrico (Inclui ECG Basal Convencional);
LIX. Teste de Inclinação Ortostática (Tilt Test);
LX. Tomografia de Coerência Óptica;
LXI. Transplante Alogênico de Medula Óssea;
LXII. Transplante Autológico de Medula Óssea;
LXIII. Tratamento Cirúrgico da Epilepsia;
LXIV. Tratamento Ocular Qumioterápico com Anti-Angiogênico;
LXV. Adequação do Meio Bucal;
LXVI. Aplicação de Cariostático;
LXVII. Aplicação de Selante;
LXVIII. Biópsia de Boca;
LXIX. Biópsia de Glândula Salivar;
LXX. Biópsia de Lábio;
LXXI. Biópsia de Língua;
LXXII. Biópsia de Mandíbula/Maxila;
LXXIII. Condicionamento em Odontologia;
LXXIV. Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução;
LXXV. Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila;
LXXVI. Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato;
LXXVII. Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de Restauração Metálica Fundida (RMF);
LXXVIII. Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila;
LXXIX. Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária – Inclui a Peça Protéica;
LXXX. Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária – Inclui a Peça Protéica;
LXXXI. Reabilitação com Núcleo Metálico Fundido/Núcleo Pré-Fabricado – Inclui a Peça Protéica;
LXXXII. Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária – Inclui a Peça Protéica;
LXXXIII. Redução de Luxação da ATM;
LXXXIV. Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial;
LXXXV. Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais;
LXXXVI. Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial; e
LXXXVII. Tratamento Restaurador Atraumático.

§ 1º O RPES é documento técnico elaborado pela ANS, que pode ser obtido da seguinte forma:
a) mediante solicitação do **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** que fornecerá um exemplar sem ônus extra para o primeiro; e
b) através da página institucional da ANS, na "*Internet*".

§ 2º A **CONTRATADA** igualmente deixa, à disposição do **CONTRATANTE**, profissionais da saúde que poderão esclarecer-lhe sobre os critérios e limites constantes do RPES.

VI. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula 12: Estão expressamente **excluídos** de cobertura, sobre eles não assumindo a **CONTRATADA** qualquer responsabilidade, os seguintes fornecimentos:

I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, qual seja aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados ou regularizados no Brasil;

b) são expressamente considerados, como experimentais, pelo Conselho Federal de Medicina, ou pelo Conselho Federal de Odontologia; e

c) não conte com a indicação, para o tratamento, na bula, ou mesmo no manual registrado perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (internacionalmente conhecido como uso "*off-label*").

II. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses, próteses e materiais especiais para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III. inseminação artificial, definida como 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, ou outras técnicas similares;

IV. tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética, assim como em "*spas*", clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos;

V. fornecimento de medicamentos e produtos importados (incluindo OPME) que não estejam nacionalizados, ou seja, produzidos fora do país e sem registro em vigor na ANVISA, bem como todo e qualquer tipo de medicamento, mesmo prescrito durante a internação hospitalar, contanto que sua efetividade ou eficácia haja sido reprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;

VI. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, assim entendidos aqueles que prescritos pelo médico assistente/cooperado sem indicação de que sejam ministrados em ambiente externo ao da unidade de saúde, respeitadas as exceções previstas na regulamentação da ANS vigente;

VII. fornecimento de próteses, órteses e materiais de qualquer natureza não ligados ao ato cirúrgico;

VIII. tratamentos ilícitos (não reconhecidos pelas Autoridades) ou antiéticos (assim definidos pelas Entidades Médicas que cuidam da Ética profissional);

IX. atendimentos nas hipóteses de ocorrência de cataclismas, comoções internas e guerras, quando declaradas por Autoridade;

X. internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar ou atendimentos ambulatoriais para medicamentos que não tenham esta indicação prescrita pelo médico assistente/cooperado;

XI. remoções que não estejam expressamente previstas neste contrato;

XII. procedimento odontológico não previsto, excepcionalmente, neste contrato;

XIII. vacinas;

XIV. procedimentos que não constam no RPES , na data do evento;
XV. consultas domiciliares;
XVI. Exclusão total de cobertura nos Hospitais Mãe de Deus e Moinhos de Vento (respectivamente suas razões sociais: Associação Educadora São Carlos AESC, CNPJ nº 88.625.686/0024-43, e Associação Hospitalar Moinhos de Vento, CNPJ nº 92.685.833/0001-51), no município de Porto Alegre/RS ou em qualquer outra filial ou empresas destes grupos, tanto para internação quanto para exames, atendimentos e/ou procedimentos ambulatoriais. Na hipótese de o cliente utilizar os serviços dos prestadores indicados, ciente da limitação de cobertura prevista neste instrumento, poderá a CONTRATADA realizar cobrança posterior referente ao custo integral da conta hospitalar;
XVII. Exclusão total de cobertura para todos os hospitais da rede nacional integrantes da rede Master que não possuam cobertura de acesso nos termos ora previstos, sendo que a listagem dos prestadores cobertos poderá ser consultada diretamente com a CONTRATADA por meio do Guia Médico disponível no aplicativo Bem+ Unimed ou no sistema RNP da Unimed do Brasil.

VII. DETALHAMENTO DAS COBERTURAS

A. Condição Geral

Cláusula 13: O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato deve ser assegurado independente do local de origem do evento.
Parágrafo único: A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

B. Carências

Cláusula 14: Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente incluídos, após o cumprimento dos seguintes prazos, nos quais serão devidas as mensalidades pelo **CONTRATANTE** e seus beneficiários, mas não haverá obrigatoriedade de prestação ou custeio dos serviços pela **CONTRATADA**:
I. 24h (vinte e quatro horas), para os casos de atendimento de urgência e emergência;
II. 30 (trinta) dias, para consultas médicas;
III. 30 (trinta) dias, para exames complementares auxiliares de diagnóstico, exceto os previstos no inciso "V", desta cláusula;
IV. 180 (cento e oitenta) dias, para consultas/sessões com multiprofissionais (que não se confundem com consultas médicas), tais como fonoaudiologia, nutrição, psicologia, psicoterapia, terapia ocupacional e fisioterapia;
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 e Anatomia Patológica;
VI. 180 (cento e oitenta) dias, para todos os demais casos; e
VII. 300 (trezentos) dias, para partos a termo.
Parágrafo único. Os prazos de carência estabelecidos neste contrato são independentes do prazo da cobertura parcial temporária de 24 (vinte e quatro) meses, decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.

C. Doenças e Lesões Preexistentes

Cláusula 15: É dever prévio do beneficiário, em seu nome próprio e no dos beneficiários menores de idade ou incapazes pelos quais seja responsável, informar sobre doenças ou lesões à saúde preexistentes à assinatura do presente contrato, de que sejam portadores e tenham conhecimento, ou que simplesmente tenham conhecimento se beneficiários menores, ou incapazes, devendo a informação constar na "Declaração de Saúde" preenchida antes da contratação, podendo o beneficiário, para fazê-lo, optar por:
I. dispensar a orientação de um médico;
II. contar com a orientação de um médico sócio da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus, hipótese na qual concorda com eventual realização de exames ou perícias que este entenda necessário para elaborar a declaração; ou
III. contar com a assistência de um médico de sua indicação, assumindo as despesas decorrentes.

Cláusula 16: O **CONTRATANTE**, em seu nome e no de seus beneficiários, seja qual for a modalidade de escolha da declaração, autoriza que a **CONTRATADA** investigue, junto aos médicos e estabelecimentos de saúde detentores de dados relevantes, as informações fornecidas, não podendo alegar, no futuro, violação ao sigilo decorrente de investigação que for realizada, com o fim exclusivo de constatar a veracidade da declaração.

Cláusula 17: Constatada, de qualquer forma, a doença ou lesão preexistente à proposta de contratação, a **CONTRATADA** oferecerá, obrigatoriamente, ao beneficiário, possibilidade de firmar o contrato com cobertura parcial temporária (CPT), qual seja a suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de ingresso do beneficiário, da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), quais sejam leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes reconhecidas antes da contratação.

Cláusula 18: A **CONTRATADA**, caso constate fraude na declaração, após a firmatura do contrato, poderá, a seu critério, tomar uma das seguintes alternativas:
I. solicitar, perante a Entidade ou Órgão regulamentar, abertura de procedimento administrativo visando a rescisão do contrato;
II. oferecer ao **CONTRATANTE** a cobertura parcial temporária ou agravo, ou, ainda, abrir processo administrativo para julgamento da alegação de omissão de informação na "Declaração de Saúde"; ou
III. oferecer ao **CONTRATANTE** a possibilidade de firmar um contrato adicional, denominado, na regulamentação administrativa da ANS, de agravo, cujo objeto é o fornecimento integral à cobertura para a doença ou lesão preexistente, mediante um acréscimo à contraprestação já convencionada, sempre cumpridos os prazos contratuais de carência.
§ 1º A **CONTRATADA** não poderá, administrativamente, negar cobertura, suspender ou rescindir o presente contrato, até que se encerre o procedimento administrativo para apuração da fraude.
§ 2º A alegação de fraude, por omissão quanto à doença ou lesão preexistente, não será possível se a **CONTRATADA** vier a realizar exame ou perícia no beneficiário, com vistas à sua admissão nesta qualidade.

D. Situações de Emergência e Urgência

Cláusula 19: **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** declaram-se cientes de que a legislação aplicável ao presente contrato, a Lei nº 9.656/98, define:

I. atendimento de emergência como aquele verificado nos casos em que haja risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente/cooperado; e

II. atendimento de urgência como aquele verificado nos casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional para o beneficiário, igualmente caracterizado em declaração do médico assistente/cooperado.

§ 1º A **CONTRATADA** pagará a remoção de hospital para hospital, dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato, e nos limites da rede própria, credenciada ou referenciada, já realizados os atendimentos classificados como emergência e urgência que sejam possíveis, uma vez caracterizada, pelo médico assistente/cooperado, a falta de recursos para continuidade da atenção ao paciente.

§ 2º A procura de uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento é ônus da **CONTRATADA**.

§ 3º A constatação de risco de vida suficiente a impedir a remoção, ou a opção, pelo beneficiário ou **CONTRATANTE**, mediante assinatura de declaração, da continuidade do atendimento em unidade que não pertença ao SUS, acarretarão ao último, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando a **CONTRATADA**.

§ 4º O veículo terrestre apto a realizar a remoção deverá ser equipado com os recursos necessários a garantir a vida do beneficiário, sendo que a responsabilidade da **CONTRATADA** por este somente cessará quando efetuado o registro na unidade SUS;

§ 5º Haverá garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de 24 horas de vigência do contrato.

§ 6º Fica garantido que, depois de cumpridas as carências, haverá 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.

§ 7º Haverá garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência.

§ 8º Haverá garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998);

§ 9º Haverá garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

§ 10º Haverá garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

§ 11º Haverá garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação;

§ 12º Haverá garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

Cláusula 20: O beneficiário tem direito a ser reembolsado pela CONTRATADA, nos atendimentos de emergência ou urgência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços disponibilizados pela CONTRATADA, observadas as disposições desta cláusula.

§ 1º Os reembolsos deverão ser solicitados mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) solicitação do médico assistente/cooperado, atestando a emergência ou urgência;

b) comprovante da realização do atendimento médico;

c) documento fiscal válido, incluindo nota fiscal ou recibo de prestação de serviços em saúde, como Nota Fiscal ou Receita Saúde;

d) comprovante de pagamento correspondente ao atendimento realizado, inclusive nos casos de pagamento em dinheiro, que deverá ser comprovado por recibo ou outro documento idôneo emitido pelo prestador, bem como nos pagamentos realizados por meios eletrônicos, tais como PIX, cartão ou transferência bancária.

§ 2º O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada, sob pena de perder o direito ao reembolso.

§ 3º Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento, pela CONTRATADA, da documentação completa.

§ 4º O valor a ser reembolsado será integral, conforme documento comprobatório de pagamento.

E. Requisitos de Cobertura

Cláusula 21: O atendimento aos beneficiários regularmente inscritos ocorrerá com a exibição, por parte destes, nos locais de atendimento, de documento individual de identificação fornecido pela **CONTRATADA,** acompanhado de documento de identidade legalmente reconhecido.

Cláusula 22: Ao ser contratado o plano o CONTRATANTE terá acesso ao "Guia Médico e de Serviços" da CONTRATADA, preferencialmente em formato virtual (mediante acesso ao site https://www.unimedvtrp.com.br/guia-medico/) ou em formato impresso.

Cláusula 23: Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, dentre eles as internações hospitalares, obedecido o GMS, serão cobertos pela **CONTRATADA,** por solicitação do médico assistente/cooperado, obedecidos os parágrafos desta cláusula.
§ 1º O beneficiário, nas internações eletivas, procurará, antes da baixa, a **CONTRATADA**, apresentando o pedido fundamentado de internação firmado pelo médico assistente/cooperado, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista

para a internação.
§ 2º A **CONTRATADA**, estando regular o pedido, emitirá guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação formal, justificada, do médico assistente/cooperado, a ser apresentada àquela pelo beneficiário ou quem o represente.
§ 3º O beneficiário ou seu representante, nos casos de emergência ou urgência, comunicará, em 02 (dois) dias úteis, a **CONTRATADA** do serviço utilizado.

Cláusula 24: A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com prestadores de serviços, correndo, tais despesas, por conta exclusiva dos beneficiários, que deverão, na dúvida, pedir esclarecimento sobre a extensão da cobertura para os representantes daquela.

F. Acesso a Prestadores e Suprimentos na Omissão

Cláusula 25: O atendimento aos beneficiários fica assim assegurado:
I. na área de atuação do contrato, pela rede de atendimento prevista no "Guia Médico e de Serviços" e, na sua falta,
II. dentro da área de atuação do contrato em serviço não integrante da rede de atendimento prevista no "Guia Médico e de Serviços", com prévia e expressa autorização da **CONTRATADA**, efetivando esta o pagamento ao prestador; e, não sendo possível,
III. dentro da área de atuação do contrato, pela rede de atendimento prevista no "Guia Médico e de Serviços", em município limítrofe àquele em que o serviço foi pelo beneficiário demandado e, não sendo possível,
IV. por prestador contratado ou credenciado da **CONTRATADA**, em município pertencente à região de saúde do qual faz parte o município onde o serviço foi pelo beneficiário demandado ou, não sendo viável,
V. por prestador referenciado pela **CONTRATADA**, em qualquer localidade por esta previamente indicada; e
VI. excepcionalmente, desde que a **CONTRATADA**, comprovadamente, não tenha disponibilizado qualquer das hipóteses previstas nesta cláusula, o beneficiário poderá fazer uso de serviço que livremente escolher, com posterior reembolso das despesas decorrentes.
§ 1º Na hipótese do **inciso V desta cláusula**, a **CONTRATADA** responderá pelo transporte do beneficiário, através de meio por ela previamente escolhido.
§ 2º Na hipótese do **inciso VI desta cláusula**, a **CONTRATADA** não reembolsará qualquer despesa de atendimento, caso o beneficiário não tenha, antes, passado pelas etapas anteriores.
§ 3º Na hipótese do **inciso VI desta cláusula**, será deduzido do reembolso pago ao beneficiário, o valor de coparticipação /franquia contratualmente previsto.
§ 4º A área de atuação da **CONTRATADA** e a região geográfica do contrato são indicadas no cabeçalho deste instrumento.

Cláusula 26. Nos casos em que houver comprovada indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial da CONTRATADA, apto à realização do procedimento coberto contratualmente, e desde que observadas as normas legais e regulamentares aplicáveis, o CONTRATANTE poderá requerer o reembolso das despesas assistenciais realizadas junto a prestador não integrante da rede, mediante observância das seguintes regras:
§1º O pedido de reembolso deverá ser protocolado no prazo previsto neste Contrato, mediante apresentação dos seguintes documentos:

a) NF/Receita saúde;
b) Pedido médico (em caráter de atendimento eletivo, ou não sendo consulta ou deslocamento);
c) Comprovante de pagamento correspondente ao atendimento realizado, inclusive nos casos de pagamento em dinheiro, que deverá ser comprovado por recibo ou outro documento idôneo emitido pelo prestador, bem como nos pagamentos realizados por meios eletrônicos, tais como PIX, cartão ou transferência bancária.
§2º A ausência de qualquer dos documentos essenciais ou a apresentação de documentação incompleta poderá ensejar a suspensão da análise do pedido até a sua regularização, hipótese em que a OPERADORA comunicará ao solicitante as pendências verificadas.
§3º A apresentação da documentação prevista nesta cláusula não implica reconhecimento automático do direito ao reembolso, permanecendo a solicitação sujeita à análise conforme regras contratuais e da ANS;
§4º Não será devido reembolso quando restar constatado que havia prestador apto disponível na rede assistencial da CONTRATADA para a realização do atendimento dentro dos prazos máximos de atendimento previstos na regulamentação da ANS, ou quando o beneficiário optar, por conveniência pessoal, pela utilização de prestador não integrante da rede, sem prévio contato para caracterização da indisponibilidade ou inexistência de rede.
§5º Estando o processo de reembolso devidamente cumprido, este será liquidado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento da documentação completa;
§6º Atendidos os requisitos presentes nesta cláusula, o valor a ser reembolsado será integral.
§7º Em caso de suspeita de fraude, por justo motivo poderão ser solicitados documentos adicionais para averiguação.

G. Discordância sobre Prescrições

Cláusula 27: A **CONTRATADA** fornece a cobertura que for adequada aos preceitos éticos e às regras da Medicina baseada em evidências, com a adoção, pelos profissionais assistentes, de condutas comprovadas e cientificamente reconhecidas, resguardando-se o direito de discordar das prescrições, obedecidos os parágrafos desta cláusula.
§ 1º O beneficiário titular obriga-se, por si e seus dependentes, a submeter-se a perícia e/ou exames de averiguação de prescrições de tratamentos ou de OPME, por parte de auditores médicos da **CONTRATADA** ou peritos.
§ 2º Em havendo divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pela CONTRATADA, poderá ser instaurada junta médica para avaliar a indicação do médico assistente, seguindo todas as disposições elencadas em normativa específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
§ 3º Tornando-se impossível aplicar o disposto no parágrafo **terceiro** desta cláusula, o árbitro será indicado pelo Conselho profissional ou médico especialista indicado por sociedade médica.
§ 4º O processo previsto nesta cláusula será célere e respeitará as características de emergência ou urgência, quando o atendimento assim for caracterizado.

Cláusula 28: O fornecimento de materiais especiais, órteses e próteses (OPME) pela **CONTRATADA** obedecerá ao disposto na regulamentação do Conselho Federal de Medicina e nos parágrafos desta cláusula.
§ 1º O profissional assistente determinará o tipo e as características do material, tais como as dimensões dos materiais e a sua matéria-prima, sem indicar, em hipótese alguma, fabricante ou marca comercial;

§ 2º Caso não concorde com a marca da OPME indicada pela **CONTRATADA**, o profissional assistente deverá justificar tecnicamente, por escrito, a sua inconformidade, e poderá indicar, no mínimo, três marcas de produtos disponíveis que atendam ao tipo e características determinadas, produzidas por fabricantes distintos e regularizadas perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, sobre as quais recairá a escolha a ser feita pela **CONTRATADA**;
§ 3º Havendo necessidade técnica, o auditor da **CONTRATADA** examinará previamente o beneficiário, através de perícia médica, emitindo laudo sobre a situação clínica do paciente, a pertinência do procedimento a ser realizado, e o material adequado ao procedimento, se for o caso.
§ 4º Caso haja divergência técnica entre o profissional assistente e o auditor representante da **CONTRATADA,** a decisão será tomada, mediante determinação escrita, por um terceiro especialista, escolhido de comum acordo entre o médico representante da operadora e o primeiro e pago pela **CONTRATADA**.
§ 5º O profissional assistente poderá recusar no máximo três (3) profissionais indicados pela **CONTRATADA**, para composição da junta médica ou terceira opinião.
§ 6º Tornando-se impossível aplicar o disposto no parágrafo terceiro desta cláusula, o árbitro será indicado pelo Conselho profissional ou médico especialista indicado por sociedade médica.
§ 7º O processo previsto nesta cláusula será célere e respeitará os característicos de emergência ou urgência, quando o atendimento assim for caracterizado.

Cláusula 29: Na especialidade de Oncologia, a medicação para quimioterapia será fornecida diretamente pela **CONTRATADA,** ou por quem esta indicar, eximindo-se esta de qualquer custo que fuja do previsto nesta cláusula.

Cláusula 30: O **CONTRATANTE** obriga-se, por si e seus beneficiários, a submeter-se, anteriormente à efetiva autorização do procedimento, a perícia e/ou exames de averiguação de prescrições de tratamentos ou de OPME, por parte de auditores médicos da **CONTRATADA** ou peritos.

Cláusula 31: O **CONTRATANTE** autoriza, em seu nome e no de seus beneficiários, a utilização de seus dados em registros eletrônicos da **CONTRATADA**, contanto que esta, em relação a eles, guarde sigilo, jamais os fornecendo a terceiros, salvo hipóteses legalmente expressas.

H. Dispensa de Prestadores

Cláusula 32: A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de rescindir o contrato com qualquer componente da sua rede assistencial, desde que:
I. a substituição de hospital seja por equivalente e mediante comunicação ao **CONTRATANTE** e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo os casos de fraude ou infração das normas sanitárias e administrativas, quando arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus, para continuação da assistência; e
II. a substituição do hospital por vontade da **CONTRATADA**, durante período de internação do beneficiário, obrigará aquele a manter e a **CONTRATADA** a pagar as despesas até que, a critério do médico assistente/cooperado, seja dada alta.
Parágrafo único: A CONTRATADA também se reserva ao direito de rescindir o contrato com qualquer componente de sua rede assistencial ambulatorial, desde que realize as devidas substituições e comunicações, nos prazos legalmente previstos, mantendo-se atualizados os

portais em que se encontram as informações acerca dos prestadores de serviços credenciados.

VIII. MENSALIDADES E PREÇOS

A. Regras Gerais

Cláusula 33: A contraprestação paga pelo **CONTRATANTE** é constituída de:
I. mensalidades com preço preestabelecido, conforme cálculos atuariais baseados num regime de mutualidade e pelo regime de repartição simples (RRS); e
II. custos específicos discriminados neste contrato.
Parágrafo único. Decorre da forma de constituição das mensalidades a impossibilidade de devolução de mensalidades, independente dos beneficiários terem efetivamente se valido da cobertura contratual.

B. Mensalidade

Cláusula 34: Obriga-se o **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA,** mensalmente, em relação ao mês subsequente de cobertura, o valor fixado pela última quando da contratação, previsto na folha de rosto deste instrumento, multiplicado pelo número de beneficiários conforme faixa etária de cada um, com os reajustes e recomposição que venha a sofrer ao longo da execução contratual.
§ 1º: A **CONTRATADA** concederá ao **CONTRATANTE**, mensalmente, uma bonificação financeira sobre o valor inicial da mensalidade, observado o número de beneficiários dependentes inscritos no contrato, nos seguintes percentuais:
I. 5% (cinco por cento), se possuir 01 (um) beneficiário dependente;
II. 8% (oito por cento), se possuir 02 (dois) beneficiários dependentes;
III. 12% (doze por cento), se possuir 03 (três) beneficiários dependentes; e
IV. 15% (quinze e cinco por cento), se possuir 04 (quatro) ou mais beneficiários dependentes.
§ 2º: Para ter direito ao benefício da bonificação que trata esta cláusula, o número de beneficiários dependentes inscritos, previstos nos incisos acima, deverá corresponder exatamente ao número total de dependentes do grupo familiar do **CONTRATANTE**.
§ 3º: A fatura de cobrança da mensalidade será enviada ao **CONTRATANTE** apenas por e-mail, com sua concordância, ficando disponível, também, no Portal de Clientes (https://portal.unimedvtrp.com.br/clientes/), no Aplicativo ou no site oficial da **CONTRATADA** (https://www.unimed.coop.br/web/vtrp/).

C. Custos, Coparticipações e Franquias

Cláusula 35: Obriga-se também o **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA** os seguintes custos:
I. preço inicial, representado pela primeira mensalidade, no valor fixado na folha de rosto deste contrato, apresentado à **CONTRATANTE** previamente, juntamente com as
II. despesas de inscrição e material, previstas na folha de rosto deste contrato, logo após a aceitação da proposta pela **CONTRATADA** ou, igualmente, quando da inclusão de novos beneficiários e
III. coparticipações ou franquias, cujos respectivos valores poderão ser verificados mediante acesso ao https://www.unimedvtrp.com.br/taxas ou por solicitação presencial e via SAC.
IV. multa, no valor da taxa de coparticipação vigente, quando o beneficiário não comparecer a uma consulta agendada e não desmarcar com 12 (doze) horas de antecedência.

§ 1º As coparticipações/franquias serão cobradas pela **CONTRATADA** não necessariamente no mesmo mês de utilização do plano ora contratado ou no subsequente, a depender da operacionalização via sistema informatizado.
§ 2º Os reajustes relacionados às coparticipações e franquias serão aplicados uma vez ao ano, geralmente no início do segundo semestre do ano em vigência. Em caso de necessidade de alteração da data de aplicação do reajuste o contratante será cientificado mediante a informação constante no boleto de cobrança.
§ 3º A cada inclusão de cobertura no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar poderá(ão) ser inserida(s) nova(s) taxa(s) de coparticipação, mediante comunicação à **CONTRATANTE** no boleto de cobrança ou outra forma que possa efetivar a informação.
§4º Será realizada cobrança de taxa de coparticipação a partir da 1ª sessão de Fisioterapia.

D. Reajustes

Cláusula 36: As obrigações da **CONTRATADA**, em decorrência dos serviços aqui previstos, dão ao presente contrato 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 à sua execução.

Cláusula 37: Os valores de contraprestação econômica mensal, bem como os de coparticipação e franquia, previstos neste contrato serão reajustados anualmente, a cada 12 (doze) meses, de acordo com o índice que for legalmente autorizado pela ANS para o período.
§ 1º Na ausência do índice da ANS, previsto no caput desta cláusula, o contrato será anualmente ajustado através da variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), levantado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - subitem Saúde e Cuidados Pessoais no período, no período, ou, na sua falta, por outro que venha a substituí-lo.
§ 2º As coparticipações/franquias serão reajustadas anualmente, tomando como base a variação do custo médico-hospitalar em período definido pela Operadora e o índice que for legalmente autorizado pela ANS. Na ausência do índice da ANS, as coparticipações/franquias serão avaliadas através da variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), levantado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - subitem Saúde e Cuidados Pessoais no período, no período, ou, na sua falta, por outro que venha a substituí-lo.
§ 3º 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.

E. Recomposição de Faixa Etária

Cláusula 38: As mensalidades contratuais, sem prejuízo do reajuste previsto neste contrato, terão seu valor inicialmente previsto recomposto por majoração, de acordo com a idade dos beneficiários, no mês seguinte ao do seu aniversário individualmente considerado, para as seguintes faixas abaixo expostas junto com o percentual de recomposição:
I. de 0 (zero) a 18 (dezoito)anos de idade, sem valor de recomposição
II. a partir dos 19 (dezenove) e até 23 (vinte e três) anos de idade, 5% (cinco por cento) de acréscimo sobre o preço inicial, caso o beneficiário haja sido incluído com idade menor;

III. a partir dos 24 (vinte e quatro) e até 28 (vinte e oito) anos de idade, 9,52% (nove vírgula cinquenta e dois por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;
IV. a partir de 29 (vinte e nove) e até 33 (trinta e três) anos de idade, 13,05% (treze vírgula cinco por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;
V. a partir de 34 (trinta e quatro) e até 38 (trinta e oito) anos de idade, 15,38% (quinze vírgula trinta e oito por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;
VI. a partir de 39 (trinta e nove) e até 43 (quarenta e três) anos de idade, 26,67% (vinte e seis vírgula sessenta e sete por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;
VII. a partir de 44 (quarenta e quatro) e até 48 (quarenta e oito) anos de idade, 31,58% (trinta e um vírgula cinquenta e oito por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;
VIII. a partir de 49 (quarenta e nove) e até 53 (cinquenta e três) anos de idade, 32% (trinta e dois por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;
IX. a partir de 54 (cinquenta e quatro) e até 58 (cinquenta e oito) anos de idade 31,82% (trinta e um vírgula oitenta e dois por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição; e
X. aos 59 (cinquenta e nove) anos, 37,70% (trinta e sete vírgula setenta por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição.

F. Inadimplemento

Cláusula 39: A **CONTRATADA** poderá, face ao não pagamento de uma ou mais faturas mensais, emitir duplicatas de prestação de serviços, correspondente ao valor do débito corrigido pelo IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas), acrescido de juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito, valendo este instrumento como comprovante de solicitação e efetiva prestação dos serviços representados pelo título, ficando expresso, na cobrança de mensalidades contratuais por duplicatas, que o serviço cobrado é a colocação, à disposição dos beneficiários, da cobertura dos serviços contratualmente referidos, ainda que não sejam estes demandados.

Cláusula 40: Os beneficiários do **CONTRATANTE** não terão direito aos serviços aqui pactuados, caso esteja o mesmo com as mensalidades há 60 (sessenta) dias em atraso e haja constituição em mora, por notificação extrajudicial prévia, àquele enviada pela **CONTRATADA**.

Cláusula 41: O atraso nos pagamentos implicará no cadastramento da inadimplência do **CONTRATANTE** junto aos órgãos ou entidades de proteção ao crédito.

IX. DURAÇÃO E EXTINÇÃO DO CONTRATO

Cláusula 42: O contrato começa na data de vigência constante na proposta e vigora pelo prazo determinado de 12 (doze) meses, passando a partir daí a vigorar por prazo indeterminado.
§ 1º Podem as partes arrepender-se da celebração do contrato, contanto que o façam por escrito, em 7 (sete) dias úteis a contar de sua celebração.
§ 2º A denúncia unilateral, antes de cumprido o prazo mínimo estabelecido de 12 (doze)

meses, por parte do **CONTRATANTE**, sujeitará ao pagamento de multa equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades devidas até o final do prazo contratual.

Cláusula 43: O contrato somente poderá ser livremente rescindido quando vigorar por prazo indeterminado, mediante prévia notificação do **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da hipótese de arrependimento e dos casos de rescisão motivada (resolução), nele previstos.

Cláusula 44: Rescinde-se motivadamente (resolução contratual) o contrato, sem a necessidade de pronunciamento judicial para isto:
I. por determinação do **CONTRATANTE**, quando houver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, pela **CONTRATADA**, desde que a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, indenizando eventuais e comprovados prejuízos; ou
II. por determinação da **CONTRATADA**, no caso de fraude devidamente comprovada, omissão dolosa de obrigações contratuais e inadimplemento de valores contratualmente devidos pelo **CONTRATANTE, ou por seus beneficiários**, por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o(s) últimos(s), notificado(s) do fato, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência; não venha(m) a atualizar, completamente, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas, ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.
Parágrafo único. Nas hipóteses previstas nesta cláusula, caberá à parte faltosa indenizar a parte que rescinde motivadamente o contrato, os prejuízos decorrentes do motivo da rescisão.

X. DA NOTIFICAÇÃO DE INADIMPLÊNCIA

Cláusula 45. A operadora deverá realizar a notificação por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento como pré-requisito para a exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, motivada por inadimplência, através dos pelos seguintes meios:
I - correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
II - mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta;
III - ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
IV - carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.
§ 1º Para a notificação por inadimplência, devem ser usadas as informações fornecidas pela pessoa natural a ser notificada e cadastradas no banco de dados da operadora.
§ 2º Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos neste artigo, que estejam disponíveis no cadastro de cada beneficiário, a operadora poderá excluir o beneficiário ou suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa, desde que comprove que tentou notificar por todos esses meios.
§ 3º De forma complementar aos meios dispostos nesta cláusula, a notificação por inadimplência poderá ser feita em área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, desde que a notificação somente seja acessível por meio de login e senha pessoais.

§ 4º A exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da operadora por motivo de inadimplência somente poderá ocorrer após decorrido o prazo de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação e se o débito não tiver sido pago nesse prazo.
§ 5º É permitida à operadora a negociação e o parcelamento do débito em aberto, definindo as consequências de eventual inadimplemento da negociação, inclusive a possibilidade de exclusão do beneficiário ou rescisão do contrato, desde que o beneficiário seja notificado nos termos do presente e das regras regulamentares da ANS.

Cláusula 46. Na cobrança de mensalidade em atraso poderá ser imputada pela CONTRATADA multa de, no máximo, 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso e/ou juros de mora de, no máximo, 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia) pelos dias em atraso, sem prejuízo da correção monetária.

Cláusula 47. Para excluir o beneficiário ou suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por motivo de fraude, a CONTRATADA deverá notificar o beneficiário que paga a mensalidade do plano de saúde diretamente à operadora, observando-se os meios de notificação e prazos mencionados neste instrumento.
§1º Os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de exclusão do beneficiário ou rescisão do contrato.
§2º Para que haja a exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do contrato por inadimplência, deve haver, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não.

Cláusula 48. Durante a internação de qualquer beneficiário, titular ou dependente, de plano privado de assistência à saúde que possua cobertura assistencial hospitalar, é vedada, por qualquer motivo, a exclusão do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à CONTRATADA.
Parágrafo único. Após a alta da internação, a CONTRATADA poderá realizar a notificação por inadimplência para fins de suspensão ou rescisão unilateral do contrato ou exclusão do beneficiário, garantido o prazo de 10 (dez) dias para que seja efetuado o pagamento do débito.

XI. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 49: Fica convencionado que a **CONTRATADA** terá o direito de sub-rogar-se, em nome do **CONTRATANTE** ou de seus beneficiários, até o limite das suas efetivas despesas com atos auxiliares, no pedido indenizatório, junto a pessoas físicas e jurídicas, pelos danos causados por estas àqueles, em virtude de atos ilícitos, sendo que, na falta de outra estipulação, terá direito de receber os valores indenizatórios decorrentes do seguro de responsabilidade civil, obrigatório ou facultativo, que der cobertura ao atendimento recebido pelo usuário, sendo que os últimos terão obrigação contratual de prestar todas as informações, praticar todos os atos e entregar toda a documentação que for necessária à indenização de que cuida esta cláusula.

Cláusula 50. A CONTRATADA declara ciência acerca dos ditames da Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), assumindo a responsabilidade pelo respeito aos direitos do(a) CONTRATANTE e seus dependentes dela oriundos, sobretudo quanto ao correto tratamentos de dados pessoais; manutenção de mecanismos de segurança; respeito à privacidade; respeito à autodeterminação informativa; inviolabilidade da honra, imagem e intimidade dos beneficiários; defesa do consumidor; e livre desenvolvimento da personalidade, tendo como norte os princípios da finalidade, adequação,

necessidade, livre acesso, qualidade, transparência, prevenção, não discriminação e responsabilização em caso de danos.

Parágrafo único. Considerando as disposições da presente cláusula, o ANEXO II "Termo de Confidencialidade e Tratamento de Dados Pessoais", parte integrante deste instrumento, visa assegurar a confidencialidade e o adequado tratamento de dados pessoais no âmbito da relação mantida entre as partes.

Cláusula 51. O foro de discussão contratual é sempre o da comarca em que estiver domiciliado o **CONTRATANTE**.

Cláusula 52. O(A) CONTRATANTE assume a obrigação de manter seus dados cadastrais atualizados, sendo que qualquer alteração em sua qualificação, endereço, e-mail ou telefone, deverá ser sinalizada para a respectiva atualização.

XII. ENCERRAMENTO

Integram o contrato, ficando disponíveis ao **CONTRATANTE** de forma impressa (uma unidade) ou eletrônica, na escolha deste (salvo exceção expressa):
I. proposta de adesão;
II. guia médico e de serviços (mediante acesso ao site https://www.unimedvtrp.com.br/guia-medico/) ou em formato impresso;
III. rol de procedimentos e eventos em saúde (RPES), editado pela ANS, bem como as Diretrizes de Utilização (DUT), disponibilizado no site https://www.unimedvtrp.com.br;
IV. A descrição de taxas de coparticipação, mediante acesso ao https://www.unimedvtrp.com.br/taxas ou por solicitação presencial e via SAC
V. Anexo I – Termo de Confidencialidade e Tratamento de Dados Pessoais;
VI. carta de orientação e declaração de saúde.

Havendo alteração dos elementos contratuais, será obrigação da **CONTRATADA** disponibilizar, ao **CONTRATANTE**, um exemplar de cada componente renovado, sendo que o **CONTRATANTE** ou qualquer beneficiário poderá obter cópia adicional do presente contrato e de seus elementos integrantes, junto à **CONTRATADA**, contanto que pague as despesas de reprodução.

O presente contrato é assinado por ambas as partes, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentais, sendo 01 (uma) via entregue ao **CONTRATANTE** e 01 (uma) cópia arquivada junto a **CONTRATADA**.

Lajeado, _____ de _____ de _____.

_____	_____
CONTRATANTE	**CONTRATADA** **UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**
_____	_____
TESTEMUNHA:	**TESTEMUNHA:**

CPF/MF: **CPF/MF:**

DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM TRANSPORTE AEROMÉDICO

Cláusula Primeira: O beneficiário da **CONTRATANTE** terá direito ao serviço de transporte terrestre ou aeromédico, exclusivamente para a remoção de um hospital onde esteja internado, para outro hospital com melhores condições técnicas e mais adequado à continuidade do tratamento, observados os limites geográficos do contrato, o credenciamento, junto à CONTRATADA, do hospital de destino, e os seguintes requisitos:
I. solicitação do médico responsável pelo atendimento do beneficiário, no hospital em que o mesmo esteja internado;
II. providência prévia, por parte do beneficiário ou seu responsável, quanto à escolha e reserva do local de atendimento médico para onde será transportado;
III. cumprimento, por parte do beneficiário, da carência para a enfermidade que o acomete, prevista neste contrato;
IV. pontualidade do **CONTRATANTE** com as obrigações previstas no contrato principal;
V. avaliação, por equipe responsável pelos cuidados médicos de translado, que não contraindique a realização do transporte, face ao estado de saúde do beneficiário e a sua relação com a distância; o tempo de remoção; a proximidade do recurso tecnicamente mais adequado; o local do destino e, neste, a existência efetiva de reserva hospitalar; bem como a existência de ambulância adequada à remoção até o nosocômio; e
VI. avaliação, por parte da equipe responsável pelo transporte aeromédico, da existência de adequadas condições de voo, na conformidade das regras e instruções estabelecidas para tráfego aéreo pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

Cláusula Segunda: Somente será concedido o translado, na hipótese do beneficiário estar sofrendo de uma das seguintes enfermidades, sem que esteja em coma irreversível, ou sem possibilidades terapêuticas (fase terminal):
I. traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo;
II. aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;
III. traumatismo de face, que necessite cirurgia de reconstrução;
IV. traumatismo ocular grave, com possibilidades de perda de visão;
V. traumatismo raquimedular, que necessite cuidados intensivos;
VI. embolia pulmonar, que necessite de assistência ventilatória e uso de trombolíticos;
VII. choque cardiogênico, que necessite de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) dotada de recursos superior àquela onde se encontra o beneficiário;
VIII. cirurgia cardíaca, uma vez não havendo quem a realize no local em que for originariamente atendido o beneficiário;
IX. pós-operatório causado por traumatismo, ocorrido em hospitais que não possuam recursos adequados;
X. queimaduras elétricas, térmicas e químicas, com área corpórea afetada maior que 30% (trinta por cento);
XI. angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas, discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, se, no local onde for originariamente atendido, não houver condições de tal comprovação;
XII. aneurisma dissecante de aorta, que necessite UTI;
XIII. hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão, que necessite UTI;

XIV. assistência ventilatória, quando esgotado todo o arsenal terapêutico no local onde for originariamente atendido, necessitando-se de UTI mais adequada;
XV. insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de instabilidade toráxica ou aspiração de conteúdo gástrico;
XVI. pancreatite aguda (critério de Ranson);
XVII. trauma toráxico com contusão pulmonar e com alterações hemodinâmicas;
XVIII. asma grave refratária que necessite de ventilação mecânica, no local do atendimento inicial indisponível;
XIX. insuficiência renal aguda, que necessite de hemodiálise, no local do atendimento inicial indisponível;
XX. insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
XXI. hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica, em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
XXII. estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;
XXIII. assistência em UTI, desde que não seja devida a tumores benignos ou malignos;
XXIV. politraumatismos com fraturas que necessitem cirurgia, nas quais haja comprometimento de órgãos vitais, quando não haja, no local do atendimento inicial do beneficiário, condições para tal procedimento;
XXV. fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
XXVI. fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
XXVII. traumas vasculares, que necessitem de cirurgia, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
XXVIII. intoxicações agudas, que necessitem de UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
XXIX. afogamento involuntário, que necessite de assistência ventilatória e UTI;
XXX. amputações traumáticas, com possibilidade de reimplante (respeitado o período de viabilidade cirúrgica);
XXXI. infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo ao tratamento clínico; e
XXXII. picada de animais peçonhentos, com risco de vida, que necessite de atendimento em UTI.
§ 1º Fica vedado o enquadramento por semelhança, para concessão do translado.
§ 2º Em nenhuma hipótese será concedido reembolso de despesas de translado, o qual somente poderá ser realizado, para obtenção da cobertura prevista neste contrato, na forma no mesmo discriminada.
§ 3º A entidade executora dos serviços, nos casos de óbito de transportados, não assumirá qualquer responsabilidade com diligências e custos de translado, funerais e sepultamento.
Cláusula Terceira: Estão fora de cobertura contratual, em qualquer hipótese, os beneficiários que ponham em risco a integridade física e a saúde dos tripulantes das aeronaves, bem como a própria integridade da aeronave, tais como portadores de:
I. doenças infecto-contagiosas;
II. moléstias submetidas a tratamento com material radioativo ainda contaminante;
III. de patologias incompatíveis com o transporte terrestre ou aeromédico;
IV. doenças que os submetem a atos médicos em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica; e
V. doenças ou transtornos psicológicos perigosos e violentos.

Cláusula Quarta: A prestação dos serviços contratados será realizada através de entidade indicada pela **CONTRATADA**, que, no caso de transporte aeromédico, definirá o tipo de aeronave que enviará, respeitando suas disponibilidades e condições de aeronavegabilidade, bem como a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas, sempre obedecendo as normas e instruções da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

Cláusula Quinta: Fica a entidade responsável pelo serviço de remoção terrestre ou aeromédica, através deste instrumento, autorizada a executar todo e qualquer ato ou procedimento médico, contanto que seja adequado para o tratamento do beneficiário, quando de seu transporte.

Cláusula Sexta: Fica a entidade que execute o serviço autorizada - em situações decorrentes de piora clínica do beneficiário; por deterioração das condições atmosféricas, de aeronavegabilidade; de defeito da aeronave e de qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido - a deslocar o beneficiário ao local mais adequado ao seu atendimento, nas circunstâncias.

Cláusula Sétima: Os serviços de transporte terrestre ou aeromédico contratados são exclusivamente os aqui previstos, excluída a cobertura daqueles que não estão expressamente contemplados.

DO BENEFÍCIO DE REMISSÃO

Cláusula Primeira: Ao beneficiário dependente, se inscrito como tal neste contrato, é assegurado o benefício de remissão, com o direito aos serviços previstos nesta contratação, pelo prazo máximo de até 18 (dezoito) meses, a contar da data do óbito do beneficiário titular, isentado do pagamento da contraprestação econômica mensal, exceto coparticipações e/ou franquias, as quais serão devidas ao longo do período; contanto que atendidos os seguintes requisitos indispensáveis:
I. O beneficiário titular esteja inscrito há mais de 06 (seis) meses no contrato, e conte com idade inferior a 60 (sessenta) anos, na data de seu ingresso neste contrato;
II. O beneficiário dependente, apto a usufruir do benefício de remissão, esteja inscrito há mais de 06 (seis) meses no contrato; e
III. O beneficiário dependente comprove que na data do óbito do beneficiário titular, ainda era efetivamente dependente econômico deste último.
Parágrafo Único: O não atendimento de qualquer dos requisitos previstos nesta cláusula implicará na perda do direito ao benefício de remissão.

Cláusula Segunda: O direito ao benefício de remissão também é conferido ao nascituro, considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil.

Cláusula Terceira: Toda vez que for incluído novo beneficiário dependente, após a firmatura deste contrato, o prazo de carência para a fruição do benefício de remissão é de 12 (doze) meses, com exceção do recém-nascido.

Cláusula Quarta: Perderá, imediatamente, o direito ao benefício de remissão, o beneficiário dependente que, no transcurso dos 18 (dezoito) meses de benefício, perder a condição de dependência econômica prevista neste contrato.
Parágrafo Único: A **CONTRATADA** poderá comprovar a perda da dependência econômica, por

qualquer meio de prova em Direito admitida.

Cláusula Quinta: A fruição do benefício de remissão fica condicionada à apresentação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do óbito do beneficiário titular, por parte do beneficiário dependente, da Certidão de Óbito, além dos documentos comprobatórios da continuidade de sua situação de dependência econômica.

Cláusula Sexta: Findo o prazo de 18 (dezoito) meses do benefício de remissão, o beneficiário dependente poderá assumir a titularidade do contrato familiar, respondendo pelo pagamento do valor da contraprestação econômica mensal devidamente atualizada, neste mesmo período, e sem prejuízo das recomposições de valores com base nas alterações etárias ocorridas no período, desde que observadas as exigências e limitações do contrato, da regulamentação da ANS, e da legislação aplicável à matéria.

Lajeado, _____ de _____ de _____.

_____	_____
CONTRATANTE	**CONTRATADA** **UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**
_____	_____
TESTEMUNHA: **CPF/MF:**	**TESTEMUNHA:** **CPF/MF:**

DECLARAÇÃO PESSOA FÍSICA

Declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS anteriormente à assinatura desta proposta de adesão e de que estou ciente que receberei o Guia de Leitura Contratual – GLC, juntamente com meu cartão de identificação do beneficiário titular.

Lajeado, _____ de _____ de _____.

_____	_____
CONTRATANTE	**CONTRATADA** **UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**
_____	_____
TESTEMUNHA: **CPF/MF:**	**TESTEMUNHA:** **CPF/MF:**

RE2189 Ver.: 10

ANEXO I

DA CONFIDENCIALIDADE E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

1. Para fins do disposto neste anexo, em relação ao tratamento de dados pessoais, são adotados os seguintes conceitos, sem prejuízo do previsto em lei:

a) "DADOS PESSOAIS": qualquer informação obtida em razão da relação havida entre as partes, relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, como por exemplo: nome, CPF, , endereço residencial ou comercial, número de telefone fixo ou móvel, endereço de e-mail, informações de geolocalização, número da carteira do beneficiário, entre outros;

b) "DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS": dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;

c) "DADO ANONIMIZADO": dado relativo a titular que não possa ser identificado, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento, sem a possibilidade de reversão, consoante mesmos critérios;

d) "TITULAR DOS DADOS": pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento;

e) "TRATAMENTO": qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas com dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão, compartilhamento ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

f) "CONTROLADOR": a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais, especialmente relativas às finalidades e os meios de tratamento de dados pessoais;

g) "OPERADOR": parte que trata dados pessoais de acordo com as instruções do Controlador e em nome deste;

h) "AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS": órgão responsável pela fiscalização do cumprimento das disposições da Lei Geral de Proteção de Dados, Lei Federal nº 13.709/2018 no território nacional;

i) "ENCARREGADO": pessoa indicada pelo controlador e operador para atuar como canal de comunicação entre o controlador, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD);

j) "INCIDENTES": qualquer acesso, aquisição, uso, modificação, divulgação, perda, destruição ou dano acidental, ilegal ou não autorizado, que envolva dados pessoais,

incluindo vazamentos, mesmo que acidentais, relativos a falta ou insuficiência de critérios e técnicas de segurança da informação.

2. Em decorrência do negócio jurídico firmado entre as partes, a **CONTRATADA**, bem como suas afiliadas, representantes, colaboradores, terceiros contratados para a efetivação do presente contrato, tratará os dados pessoais sempre em respeito às normas e critérios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), das resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Política de Privacidade da **CONTRATADA**, sem prejuízo das demais normas aplicáveis.

3. A **CONTRATADA** realizará o tratamento dos dados pessoais da(o) **CONTRATANTE** em observância ao contexto específico de tal relação (prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade de plano de saúde e serviços afins), ficando a **CONTRATADA** responsável por concretizar os tratamentos em conformidade com as hipóteses legalmente previstas (artigos 7º e 11, LGPD) e sempre visando o cumprimento dos critérios de finalidade específica, necessidade e adequação, de modo que somente dados realmente necessários poderão ser tratados para o atingimento da finalidade específica.

3.1 O tratamento dos dados pessoais, no âmbito deste contrato, de crianças e adolescentes, será realizado sempre no seu melhor interesse, colhendo-se o consentimento de, pelo menos, um dos pais ou responsável legal, sempre que necessário, sem prejuízo das hipóteses de dispensa de consentimento previstas na LGPD.

4. Em decorrência da natureza do negócio jurídico firmado entre as partes, a **CONTRATADA** tratará dados pessoais sensíveis dos beneficiários inscritos, de modo que a(o) **CONTRATANTE** reconhece que tais tipos de dados estão sujeitos a um maior rigor legal e, portanto, exigem maior proteção técnica e organizacional, bem como o respeito aos enquadramentos legais, devidamente respeitados pela **CONTRATADA**.

4.1 Ao realizar o tratamento de dados pessoais sensíveis, a **CONTRATADA** garantirá que as proteções técnicas apropriadas, aptas a manter a integridade, confidencialidade e segurança destas informações sejam implementadas, ciente de que deve realizar o tratamento apenas quando estritamente necessário para cumprir com as disposições contratuais ou mesmo para o cumprimento de normais legais ou regulamentares e os interesses dos beneficiários inscritos.

5. Em decorrência do negócio jurídico firmado pelas partes, a **CONTRATADA** realizará os tratamentos dos seguintes tipos de dados pessoais dos beneficiários inscritos: dados cadastrais, como nome/nome social, nacionalidade, naturalidade, estado civil, profissão, escolaridade, grau de parentesco, filiação (nome da mãe e nome do pai), gênero/sexo, raça, cor, data de nascimento, CNH e/ou outro documento de

identificação, CPF, CNS, endereço, endereço eletrônico, número de telefone, número da carteira do plano de saúde, CBO, biometria, dentre outros; dados financeiros, como agência e conta bancária, demonstrativo de imposto de renda, situação financeira (faturas a vencer, faturas vencidas e histórico de mensalidades), valores reembolsados, inscrição nos órgãos de proteção ao crédito, dentre outros; dados relativos à saúde e efetivação dos serviços prestados, como diagnóstico de doenças, patologias, dados antropométricos, sinais vitais, hábitos de saúde, fatores de risco, tratamentos realizados, medicamentos utilizados, prescrições médicas, informações de prontuários, cirurgias, exames e procedimentos realizados, registros dos atendimentos realizados, evoluções e laudos de exames, pareceres médicos, código da CID-10, dentre outros; conforme finalidades específicas elencadas no item 6.

5.1 Sem prejuízo do disposto no presente item, outros dados poderão ser tratados ao longo da relação contratual, a depender das interações realizadas pela(o) **CONTRATANTE** e demais beneficiários inscritos, como inscrições e participações em programas de promoção à saúde; atendimentos assistenciais efetivados; acréscimos ou eliminações de serviços; novas exigências legais ou regulamentares; etc.

6. A **CONTRATADA** realizará o tratamento dos dados pessoais elencados no item 5 para fins de consecução da relação contratual mantida entre as partes, especificamente para: elaboração e preenchimento do contrato de plano de assistência à saúde e declaração de saúde, com a verificação da existência de doença ou lesão pré-existente; cadastramento e prestação de informações à órgãos públicos, quando legalmente exigido; práticas de atos de pós venda, como orientações sobre o plano de saúde e utilização das plataformas de atendimento; operacionalização das movimentações relativas a dependentes inscritos, benefícios acessórios e características do plano de saúde; operacionalização e análise das coberturas assistenciais solicitadas, incluindo prazos de carência e cobertura parcial temporária; identificação e garantia de prevenção à fraude e segurança do titular; agendamento e efetivação de atendimentos presencias e remotos (teleatendimento); garantia de atendimento junto à rede credenciada; viabilização de atendimentos domiciliares, quando aplicável; realização de remoções e atendimentos de urgência/emergência; fornecimento de insumos (medicamentos, órteses, próteses, materiais especiais) e controle de devolução, quando aplicável; manutenção de prontuários e evoluções clínicas; notificações compulsórias; intercambialidade de informações de saúde para atendimentos médicos; garantia de seguro de vida, quanto aplicável; atos de regulação, como auditorias técnicas prévias e concorrencial, e auditorias administrativas e técnicas dos serviços efetivados, além de formação e condução de junta médica e perícia; apuração, efetivação e controle de cobranças de mensalidades e demais contraprestações pecuniárias devidas, bem como o exercício de direitos correlatos; análise e garantia de reembolsos solicitados, na forma contratualmente prevista; consulta de existência de débitos junto aos órgãos de proteção ao crédito; apuração de fatos e informações para fins de garantia dos direitos

dos beneficiários, enquanto consumidores, bem como prestação de suporte, quando solicitados; fornecimento de documentos obrigatórios e solicitados; gerenciamento de informações para oferta de programas de promoção à saúde e/ou acompanhamento assistencial; prospecção para ofertas de novos produtos e serviços; estabelecimento de perfis para relacionamento mais assertivo; análises estatísticas para fins de implementação de serviços e dimensionamento de rede e constante melhoria dos serviços; análise comportamental para medidas estratégicas; realização de contatos e envios de conteúdos de saúde; atendimento da solicitação de cancelamento do plano de saúde e emissão de termo de cancelamento; garantia de direitos em processos administrativos e afins e processos judiciais; cumprimento de normas legais e/ou regulatórias; garantia de regularidade perante a ANS, além de viabilização do Ressarcimento ao SUS; operacionalização e exercício de direitos relativos ao Ressarcimento ao SUS; exercício regular de direito, inclusive contratual.

6.1 Para fins de efetivação da prestação de serviços médicos cobertos no âmbito do plano privado de assistência à saúde, em especial consultas médicas, a(o) **CONTRATANTE**, por si e pelos demais beneficiários inscritos, desde já fica ciente de que haverá o compartilhamento de dados pessoais de saúde, relativos a laudos de exames, em sistema próprio da **CONTRATADA**, dados estes que somente são acessados pelos médicos que realizarem os atendimentos e quando os realizarem (momento da consulta médica), garantindo-se, assim, o efetivo e mais assertivo tratamento ao paciente, desde já garantida a confidencialidade e sigilo das informações, nos termos da legislação vigente e do Código de Ética Médica; sem prejuízo do acesso administrativo para operacionalização das coberturas assistenciais requeridas, também com garantia do sigilo das informações e respeito aos limites legais.

6.2 A(o) **CONTRATANTE** desde já fica ciente, por si e demais beneficiários inscritos no plano de saúde, de que haverá tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, sobretudo de saúde, para fins de efetivação de políticas e programas de promoção à saúde e/ou acompanhamento de beneficiários em tratamento, mediante atuação proativa, visando a garantia da tutela à saúde e redução de agravos e prejuízos à saúde, o que ocorre na forma prevista na regulamentação da ANS vigente, e nos limites da lei.

7. Em relação aos tratamentos de dados pessoais, objeto do contrato firmado entre as partes, a **CONTRATADA** realizará compartilhamento de dados pessoais com médicos cooperados ou não, bem como demais profissionais de saúde, para fins de garantia da prestação dos serviços contratados; prestadores de serviços de saúde da rede credenciada à **CONTRATADA**, para realização de serviços e tratamentos de saúde (laboratórios, clínicas, hospitais, etc.); demais cooperativas do Sistema Unimed, para fins de garantia de atendimento em intercâmbio em área de abrangência além da área de atuação da **CONTRATADA**; Uniodonto, Unimed Seguradora e outras empresas para fins de garantia de benefícios contratados, se for o caso; prestadora de serviços de

consultoria para fins de obtenção de pareceres técnicos na realização de atos de regulação, perícia, cotação de materiais e insumos e formação e condução de junta médica; fornecedores de insumos e materiais para fins de cumprimento das obrigações contratuais, quando for o caso; fornecedores de plataformas para fins de teleatendimento; pessoas jurídicas que realizam análise comportamental da carteira de clientes da **CONTRATADA** para fins de gerenciamento e adoção de estratégias assistenciais e de mercado, ou mesmo para implementação de novas tecnologias; profissionais de saúde que realizam os atendimentos domiciliares, quando for o caso; órgãos da Administração Pública, direta ou indireta, para fins de comunicados ou notificações legalmente exigidas, bem como para emissão de documentos fiscais ou demais documentos para viabilização da assistência à saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para fins de cumprimento de suas exigências legais ou regulatórias e em relação a processos administrativos, se for o caso, além de outras Agências Reguladoras ou órgãos fiscalizadores para cumprimento de determinações legais; instituições financeiras, para fins de efetivação de cobranças mediante débito automático em conta bancária, ou garantia de reembolsos, quando for o caso; prestadores de serviços para emissão de boletos/faturas, e para emissão e descarte de cartão de identificação do plano de saúde; empresas especializadas em prestação de serviços de promoção à saúde, para fins de viabilidade das políticas e programas da **CONTRATADA,** inclusive em acompanhamentos de tratamentos.

7.1 A **CONTRATADA** também realizará o compartilhamento com médicos cooperados ou não e demais profissionais da saúde; prestadores de serviços de sua rede assistencial credenciada; demais cooperativas do Sistema Unimed; fornecedores de insumos e materiais; fornecedores de plataformas para teleatendimento; e profissionais de saúde que realizam atendimentos domiciliares; para finalidade específica de realização de auditorias concorrenciais, técnicas (incluídos os processos de regulação para verificação de existência de cobertura assistencial), administrativa/financeira, ou mesmo para evidências em auditorias realizadas por terceiros, de cunho contábil e para obtenção de certificados legalmente reconhecidos.

7.2 Sem prejuízo das finalidades determinadas no item nº. 6, e dos compartilhamentos informados no item nº. 7, a **CONTRATADA** poderá realizar compartilhamentos de dados pessoais e dados pessoais sensíveis da(o) **CONTRATANTE** e demais beneficiários inscritos no plano de saúde, com órgãos públicos (incluído o Poder Judiciário), ou com terceiros que realizam ou não prestação de serviços de atividades fins da Cooperativa, para a finalidade específica de garantia do exercício regular de direito, nos termos do art. 188, inciso I, do Código Civil (CC), bem como art. 7º, inciso VI, e art. 11, inciso II, alínea “d”, da LGPD.

8. A **CONTRATADA** declara-se comprometida a garantir o exercício dos direitos dos titulares de dados pessoais em relação a:

I. Confirmação da existência do tratamento;
II. Acesso aos dados;
III. Correção de dados e sua atualização;
IV. Anonimização ou eliminação dos dados desnecessários para a finalidade específica do contrato entabulado entre as partes e demais interesses legítimos relativos às trocas de informação, ou mesmo aqueles excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação;
V. Portabilidade de dados, quando aplicável;
VI. Eliminação de dados tratados sem o consentimento do titular, quando aplicável, ou mesmo quando houver a revogação de consentimento;
VII. Revogação do consentimento, bem como a informação quanto às suas consequências, quando aplicável;
VIII. Revisão de decisões automatizadas, se realizadas.

8.1 Sem prejuízo dos direitos elencados nos incisos VI a VII, a CONTRATADA esclarece que realiza o tratamento de dados pessoais da(o) CONTRATANTE e demais beneficiários inscritos no plano de saúde mediante o enquadramento em hipóteses de dispensa do consentimento legalmente previstas, de modo que no caso de realizar tratamento sem o referido enquadramento, buscará obter o consentimento livre, informado e inequívoco do titular dos dados, na forma prevista em lei, garantida possibilidade de recusa e sua posterior revogação, e desde que impossibilitada a anonimização.

9. Para fins do disposto no artigo 9º, inciso IV, da LGPD, a **CONTRATADA** informa que é a controladora no tratamento dos dados pessoais, podendo ser contatada através do seu Encarregado de Dados Pessoais pelo e-mail informado no portal eletrônico da **CONTRATADA**, ou pelos canais de atendimento ao consumidor, assumindo a responsabilidade pelos tratamentos que realizar, por si ou por meio de operadores de dados, com quem realiza os tratamentos.

10. Os tratamentos de dados pessoais realizados pela **CONTRATADA** para cumprimento das finalidades aqui elencadas, ocorrerão de forma eletrônica e/ou documental/física, sendo que a efetivação de tais tratamentos se dará em conformidade com as interações mantidas entre as partes.

10.1 A CONTRATADA garante a adoção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais tratados, de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer for de tratamento inadequado ou ilícito.

11. Após a extinção do contrato de assistência à saúde, independente de sua causa, serão encerrados os tratamentos de dados pessoais respectivos, ressalvadas as hipóteses previstas em lei que autorizam e/ou determinam a manutenção dos dados para

cumprimento de ordem judicial ou norma legal ou regulatória, ou ainda para ressalvar os direitos da **CONTRATADA** e/ou dos titulares dos dados pessoais.

11.1 A **CONTRATADA** se resguarda o direito de reter/armazenar os dados pessoais necessários para o cumprimento de normas legais e regulamentares, pelos prazos mínimos exigidos por lei, preferindo-se, sempre que possível, a forma anonimizada.

Operadora: **Unimed - Coop. De Serviços de Saúde dos Vales do Taquari e Rio Pardo**
CNPF: **87.300.448/0001-09**
Nº de registro na ANS: **30639-8**
Nº de registro do produto: _____
Site: **www.unimedvtrp.com.br**
Tel.: **(51) 3714-7100**

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	5
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	5
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	5
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	5
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	7
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	14
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	16
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito,	16

	de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	22
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	24
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	24
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como a inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	22
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não há

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 557, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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