

864
D.**CONTRATO Nº 07/2019****DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 15/2019****PROCESSO ADMINISTRATIVO****Nº 058/2018**

CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DE SANTA CATARINA, pessoa jurídica de direito público, autarquia federal de fiscalização profissional regida pela Lei nº 12.378, de 31 de dezembro de 2010, inscrito no CNPJ sob o nº 14.895.272/0001-01, com sede na Avenida Prefeito Osmar Cunha, nº 260, Ed. Royal Business Center, 6º andar, Centro, Florianópolis/SC, CEP 88.010-100, neste ato representado pela sua Presidente, Sra. Daniela Pareja Garcia Sarmiento, arquiteta e urbanista, portadora da Carteira de Identidade nº 53929527, expedida pela SSP/SC, inscrito no CPF sob nº 017.289.649-54, doravante designado **CONTRATANTE** ou **CAU/SC**, e a empresa Unimed Grande Florianópolis – Cooperativa de Trabalho Médico, inscrita no CNPJ sob o nº 77.858.611/0001-08, registro na ANS: 360.449, Classificação da operadora na ANS: Cooperativa médica, com sede à Rua Dom Jaime Câmara, nº 94, Centro, em Florianópolis/SC, representada neste Ato pelo Sr. Jolnei Antonio Hawerth, CPF nº 560.087.329-87, CI nº 1461550 SSP/SC emitida em 27/01/2006, residente e domiciliado em Rua Esteves Junior, 522 – apto 1201, bloco B, Centro, Florianópolis/SC, endereço eletrônico (e-mail): jolnei.hawerth@unimedflorianopolis.com.br, a seguir denominada **CONTRATADA**, celebram este contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, oriundo da Dispensa de Licitação nº 15/2019, referente ao Processo Administrativo nº 058/2018, passando a proposta da **CONTRATADA**, independentemente de sua transcrição, a fazer parte integrante e complementar deste Instrumento, sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei nº 10.520/02, Lei nº 8.666/93, Decreto nº 3.555/00, Decreto nº 5.450/05, Lei 9.656/1998, Lei nº 13.003/14, Instrução Normativa ANS Nº 23/2009 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, mediante as Cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Contrato tem por objeto a contratação de empresa especializada, operadora de plano de saúde, para a prestação continuada dos serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, laboratorial, exames complementares, inclusive os de alta complexidade e serviços auxiliares de diagnóstico, terapias e internações, bem como na cobertura de custos assistenciais, atendimento de urgência e emergência, de acordo com o rol de serviços e limites estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas posteriores atualizações, sem limite de utilização dos serviços, sem limite financeiro, que serão prestados nas condições estabelecidas no Termo de Referência, anexo deste Contrato, sob a forma de execução indireta em regime de empreitada por preço global.

D.
D.



1.1.1. Integram o presente contrato, independentemente de transcrição, o Edital do Pregão Eletrônico nº 06/2019, com seus Anexos, a Proposta da CONTRATADA e o Anexo I da Instrução Normativa ANS Nº 23/2009.

1.1.2. **São anexos deste Contrato o Termo de Referência, o Anexo I da Instrução Normativa ANS Nº 23/2009, a proposta e o contrato de adesão da CONTRATADA.**

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ESPECIFICAÇÕES

- 2.1. Nome comercial do plano: Uniflex Estadual – Apto coparticipação 50%.
- 2.2. Nº de registro do plano na ANS: 435.390/01-1.
- 2.3. Segmentação assistencial: assistência médica ambulatorial, hospitalar e obstétrica.
- 2.4. Tipo de contratação: Regime de Contratação Coletivo Empresarial.
- 2.5. Área geográfica de abrangência: estadual.
- 2.6. Área de atuação: Santa Catarina.
- 2.7. Padrão de acomodação em internação: apartamento individual com banheiro privativo.
- 2.8. Formação de preço: pré-estabelecido.
- 2.9. Serviços e coberturas adicionais: não se aplica.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

- 3.1. O prazo de vigência deste Contrato será de 12 (doze) meses, contados do dia 1º de agosto de 2019.
- 3.2. O Contrato poderá ser prorrogado nos termos do artigo 57, inciso II, da Lei 8.666/93 para este fim, caso haja necessidade do CAU/SC.

4. CLÁUSULA QUARTA —DO VALOR DO CONTRATO

- 4.1. O valor global estimado do presente Contrato é de **R\$ 122.257,92 (cento e vinte e dois mil duzentos e cinqüenta e sete reais e noventa e dois centavos)**, para um período de 12 (doze) meses.
- 4.2. O valor mensal a ser pago pela prestação do serviço é fixo, sendo de **R\$ 10.188,16 (dez mil cento e oitenta e oito reais e dezesseis centavos)**.
- 4.3. Os valores unitários (preço individual de cada uma das faixas etárias), constantes na proposta de preços, que integra este Contrato para todos os efeitos, é de:

IDADE (anos)	VALOR UNITÁRIO
0 a 18	169,61
19 a 23	205,57
24 a 28	246,36
29 a 33	288,83
34 a 38	339,78
39 a 43	385,68
44 a 48	436,63
49 a 53	541,95
54 a 58	691,47
58 ou mais	985,42




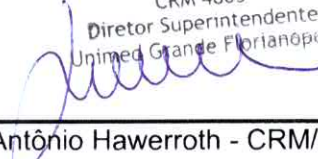
5. CLÁUSULA QUINTA — DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. As despesas resultantes do contrato celebrado em função deste termo serão suportadas pela dotação orçamentária da Conta 6.2.2.1.1.01.01.003.003 - Plano de Saúde.

E, por estarem assim ajustadas, as partes assinam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor, forma e data.

Florianópolis/SC, 25 de julho de 2019.


Daniela Pareja Garcia
Sarmiento **CONTRATANTE**
Presidente do CAU/SC

Dr. Jolnei Antonio Hawerrot.
CRM 4863
Diretor Superintendente
Unimed Grande Florianópolis

Jolnei Antônio Hawerrot - CRM/SC 4863
Superintendente
Unimed Grande Florianópolis
CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

Nome completo _____

Assinatura _____

CPF _____

Nome completo _____

Assinatura _____

CPF _____

CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DE SANTA CATARINA

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

1. COBERTURA E SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

- ✓ Os planos de saúde da Unimed Grande Florianópolis são regulamentados pela Lei 9656/98 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. A operadora comercializa plano com as segmentações **referência** e **ambulatorial + hospitalar com obstetrícia**. Essas assistências à saúde definem a cobertura assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário.
- ✓ **Referência:** instituído pela Lei nº 9.656/1998, possui **cobertura ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária**.
- ✓ **Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia:** consultas médicas, consultas em pronto-socorro (urgência e emergência); exames laboratoriais, exames de imagem, exames de alta complexidade e especiais; fisioterapias, sessões de fonoaudiologia, nutricionista, psicoterapia e terapia ocupacional, quimioterapia, radioterapia, órteses e próteses, transplantes de córnea, rim e medula óssea, cirurgias oftalmológicas, internações (clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas) e procedimentos obstétricos (parto normal ou cesariana)
- ✓ **Cobertura de um acompanhante** durante o período de internação, incluindo despesas com acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, nos seguintes casos: menores de 18 (dezoito) anos; idoso a partir dos 60 (sessenta) anos de idade e pessoa portadora de deficiência.

2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

- ✓ Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual ou Regional (grupo de municípios). **A cobertura do plano regional compreende os municípios da área de atuação da Unimed Grande Florianópolis.**

3. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

- ✓ A Unimed Grande Florianópolis possui planos com **acomodação individual** (quarto individual) ou **acomodação coletiva** (quarto coletivo).

4. COPARTICIPAÇÃO

- ✓ A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada **em conjunto** com a mensalidade do plano de saúde.

- ✓ Os planos podem ser contratados **COM ou SEM coparticipação**. As opções com coparticipação possuem mensalidades mais acessíveis e atraentes se comparadas aos planos sem coparticipação.
- ✓ A coparticipação **incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais**, incluindo inclusive os procedimentos exemplificados a seguir: **a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro; b) exames e procedimentos de diagnose**, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; **c) consultas/sessões realizadas por profissionais não médicos**, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: **fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial**, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.
- ✓ **Não incide coparticipação sobre as internações hospitalares clínicas, cirúrgicas, e obstétricas.**
- ✓ O valor máximo de coparticipação por procedimento é de **RS 190,00 (cento e noventa reais)**, independente do percentual de coparticipação do plano.
- ✓ Os valores das coparticipações não são pagos no momento da realização dos procedimentos, mas cobrados posteriormente na fatura mensal com a discriminação do valor de cada procedimento.

5. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

- ✓ **Titular:** deve possuir vínculo empregatício ou estatutário (no caso de servidor público).
- ✓ **Dependente:** pode ser inscrito como dependente:
 - a) o cônjuge;
 - b) o (a) companheiro (a), sem eventual concorrência com o cônjuge;
 - c) o filho solteiro até **33 anos incompletos**;
 - d) os enteados solteiros até **33 anos incompletos**;
 - e) os netos solteiros até **33 anos incompletos**;
 - f) a criança/adolescente sob guarda ou tutela do beneficiário titular, por força de decisão judicial;
 - g) a pessoa sob curatela do beneficiário titular, por força de decisão judicial

6. CARÊNCIA

- ✓ **Plano com 30 ou mais participantes:** Não é permitida a exigência do cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
- ✓ **Plano com menos de 30 participantes:** É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.

869
J.

PRAZOS MÁXIMOS DE CARÊNCIA

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência	24 horas
Consulta médica	30 dias
Exames laboratoriais (exceto genética)	30 dias
Consulta e Sessão de Fisioterapia	90 dias
Acupuntura, Densitometria, Diálise/Hemodiálise, Ecocardiograma, Endoscopia/Colonoscopia, Espirometria/Prova de Função Pulmonar, Exames Obstétricos, Exames de Genética, Holter/Mapa, Laparoscopia/Litotripsia, Mamografia, Medicina Nuclear/Medicina Transfusional, Radioterapia/Quimioterapia, Ressonância/Tomografia, Teste Ergométrico.	180 dias
Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta	180 dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	180 dias
Parto normal e cesárea	300 dias
Todas as demais coberturas que não constam nesta tabela	180 dias

7. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

- ✓ **Plano com 30 ou mais participantes:** Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a PJ contratante.
- ✓ **Plano com menos de 30 participantes:** É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.

8. REAJUSTE

- ✓ Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, **nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato.**
- ✓ A **periodicidade do reajuste não será inferior a 12 meses**, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.
- ✓ Haverá **variação da mensalidade por mudança de faixa etária** que é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato, que atende a RN nº 63/2003.

9. VIGÊNCIA

- ✓ A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
- ✓ O contrato tem prazo de **vigência mínima de 12 (doze) meses.**
- ✓ Antes do término do prazo mínimo de vigência é facultado a qualquer uma das partes rescindir imotivadamente o contrato, mediante aviso prévio, por meio de carta registrada com aviso de recebimento (AR), com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se a parte que

requerer a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência mínima, considerando a média de mensalidades pagas até a data da rescisão."

10. RESCISÃO/SUSPENSÃO

- ✓ Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde.
- ✓ É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.
- ✓ A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.
- ✓ Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

11. VALORES

- ✓ Para adesão dos planos será cobrada **taxa de inscrição de R\$ 00,00 (zero reais) por beneficiário;**
- ✓ O custo da emissão de **segunda via do cartão é de R\$ 15,00 (quinze reais).**
- ✓ **Regra Comercial:** É obrigatório a adesão mínima de 2 (dois) titulares.

Nº REGISTRO	NOME COMERCIAL		SEGMENTAÇÃO	
435.415/01-0	Uniflex Nacional		Referência	
ACOMODAÇÃO	ABRANGÊNCIA	COPARTICIPAÇÃO		FORMAÇÃO DE PREÇO
Coletiva	Nacional	0%		Pré-Estabelecido
MENSALIDADE				
FAIXA ETARIA	2 a 4 VIDAS	5 a 10 VIDAS	11 a 30 VIDAS	31 a 99 VIDAS
0 a 18	R\$ 316,68	R\$ 278,68	R\$ 250,81	R\$ 238,27
19 a 23	R\$ 383,15	R\$ 337,17	R\$ 303,45	R\$ 288,28
24 a 28	R\$ 459,17	R\$ 404,07	R\$ 363,67	R\$ 345,48
29 a 33	R\$ 538,33	R\$ 473,73	R\$ 426,36	R\$ 405,04
34 a 38	R\$ 633,30	R\$ 557,30	R\$ 501,57	R\$ 476,49
39 a 43	R\$ 718,85	R\$ 632,59	R\$ 569,33	R\$ 540,86
44 a 48	R\$ 813,81	R\$ 716,16	R\$ 644,54	R\$ 612,31
49 a 53	R\$ 1.010,10	R\$ 888,89	R\$ 800,00	R\$ 760,00
54 a 58	R\$ 1.288,78	R\$ 1.134,13	R\$ 1.020,71	R\$ 969,68
59 ou +	R\$ 1.836,64	R\$ 1.616,24	R\$ 1.454,62	R\$ 1.381,89

**PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO
PLANO DE SAÚDE COLETIVO**



871
8

Nº REGISTRO 435.390/01-1	NOME COMERCIAL Uniflex Estadual – Apto coparticipação 50%		SEGMENTAÇÃO Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia	
ACOMODAÇÃO Individual	ABRANGÊNCIA Estadual	COPARTICIPAÇÃO 50%	FORMAÇÃO DE PREÇO Pré-Estabelecido	
MENSALIDADE				
FAIXA ETARIA	2 a 4 VIDAS	5 a 10 VIDAS	11 a 30 VIDAS	31 a 99 VIDAS
0 a 18	225,82	198,72	178,85	169,91
19 a 23	273,22	240,43	216,39	205,57
24 a 28	327,43	288,14	259,33	246,36
29 a 33	383,88	337,81	304,03	288,83
34 a 38	451,59	397,40	357,66	339,78
39 a 43	512,60	451,09	405,98	385,68
44 a 48	580,32	510,68	459,61	436,63
49 a 53	720,29	633,86	570,47	541,95
54 a 58	919,02	808,74	727,87	691,47
59 ou +	1.309,70	1.152,53	1.037,28	985,42

Nº REGISTRO 436.709/01-0	NOME COMERCIAL Uniflex Regional		SEGMENTAÇÃO Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia	
ACOMODAÇÃO Individual	ABRANGÊNCIA Grupo de Municípios	COPARTICIPAÇÃO 50%	FORMAÇÃO DE PREÇO Pré-Estabelecido	
MENSALIDADE				
FAIXA ETARIA	2 a 4 VIDAS	5 a 10 VIDAS	11 a 30 VIDAS	31 a 99 VIDAS
0 a 18	189,53	166,78	150,11	142,60
19 a 23	229,31	201,79	181,61	172,53
24 a 28	274,81	241,83	217,65	206,76
29 a 33	322,18	283,52	255,17	242,41
34 a 38	379,02	333,53	300,18	285,17
39 a 43	430,22	378,60	340,74	323,70
44 a 48	487,05	428,60	385,74	366,45
49 a 53	604,53	531,98	478,78	454,85
54 a 58	771,32	678,76	610,88	580,34
59 ou +	1.099,20	967,30	870,57	827,04

**PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO
PLANO DE SAÚDE COLETIVO**



Handwritten signature

Nº REGISTRO	NOME COMERCIAL		SEGMENTAÇÃO	
450.635/04-9	Uniflex Regional 30% Coparticipação Coletivo Empresarial		Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia	
ACOMODAÇÃO	ABRANGÊNCIA	COPARTICIPAÇÃO		FORMAÇÃO DE PREÇO
Coletivo	Grupo de Municípios	30%		Pré-Estabelecido
MENSALIDADE				
FAIXA ETARIA	2 a 4 VIDAS	5 a 10 VIDAS	11 a 30 VIDAS	31 a 99 VIDAS
0 a 18	176,15	155,01	139,51	132,54
19 a 23	213,12	187,55	168,79	160,35
24 a 28	255,41	224,76	202,29	192,17
29 a 33	299,44	263,51	237,16	225,30
34 a 38	352,26	309,99	278,99	265,04
39 a 43	399,85	351,87	316,68	300,85
44 a 48	452,67	398,35	358,52	340,59
49 a 53	561,86	494,44	444,99	422,74
54 a 58	716,87	630,85	567,76	539,37
59 ou +	1.021,62	899,02	809,12	768,67

Nº REGISTRO	NOME COMERCIAL		SEGMENTAÇÃO	
450.636/04-7	Uniflex Regional 50% Coparticipação Coletivo Empresarial		Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia	
ACOMODAÇÃO	ABRANGÊNCIA	COPARTICIPAÇÃO		FORMAÇÃO DE PREÇO
Coletivo	Grupo de Municípios	50%		Pré-Estabelecido
MENSALIDADE				
FAIXA ETARIA	2 a 4 VIDAS	5 a 10 VIDAS	11 a 30 VIDAS	31 a 99 VIDAS
0 a 18	145,80	128,30	115,47	109,70
19 a 23	176,40	155,23	139,71	132,72
24 a 28	211,39	186,03	167,42	159,05
29 a 33	247,85	218,10	196,29	186,48
34 a 38	291,56	256,58	230,92	219,37
39 a 43	330,94	291,23	262,11	249,00
44 a 48	374,66	329,70	296,73	281,89
49 a 53	465,04	409,23	368,31	349,89
54 a 58	593,33	522,13	469,92	446,42
59 ou +	845,57	744,10	669,69	636,21

12. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

- ✓ Faz parte integrante desta proposta de contratação o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde - MPS, conforme determina art. 24 da RN n.º 195/2009 c/c art. 4º, II da IN n.º 20/2009. O MPS também está disponível no site da operadora em Fale Conosco > Planos

**PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO
PLANO DE SAÚDE COLETIVO**



Unimed > Pessoa Jurídica > Confira o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde ou pelo link <https://www.unimed.coop.br/web/florianopolis/planos-unimed>.

- ✓ Caso a proposta seja aceita e o(s) contrato(s) assinado(s), a CONTRATANTE fica responsável pela entrega de uma via do manual de contratação dos planos de saúde (MPS), do contrato do plano de saúde e do guia de leitura contratual (GLC).

13. VALIDADE DA PROPOSTA

- ✓ A presente proposta é **válida por 30 (trinta) dias contados desta data.**

Sendo o que tinha a expor no momento, ficamos à disposição para tentar dirimir quaisquer dúvidas que porventura surgirem.

Atenciosamente,

**Colaborador: Mirella L. Improta
Telefone: 48 3216-8188
DVVD - Divisão de Vendas
Unimed Grande Florianópolis**

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE	2
CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	3
CLÁUSULA 3ª – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	3
CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	7
CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA.....	14
CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO.....	17
CLÁUSULA 7ª – PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	17
CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	18
CLÁUSULA 9ª – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	21
CLÁUSULA 10ª – MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	24
CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	30
CLÁUSULA 12ª – REAJUSTE.....	31
CLÁUSULA 13ª – REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA.....	34
CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS.....	35
CLÁUSULA 15ª – CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	37
CLÁUSULA 16ª – RESCISÃO CONTRATUAL.....	39
CLÁUSULA 17ª - DISPOSIÇÕES GERAIS.....	41
CLÁUSULA 18ª – ELEIÇÃO DE FORO.....	42



**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL N.º 9066101
UNIFLEX ESTADUAL – APTO COPARTICIPAÇÃO 50%
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - APARTAMENTO**

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 77.858.611/0001-08 Registro da Operadora na ANS n.º 360.449

Classificação: Cooperativa Médica

Endereço: Rua Dom Jaime Câmara, n.º 94 CEP. 88.015-120

Bairro: Centro — Florianópolis/SC

b) QUALIFICAÇÃO DO (A) CONTRATANTE:

Razão Social: CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DE SANTA CATARINA

Nome Fantasia: CAU/SC

CNPJ: 14.895.272/0001-01

Endereço: AV PREFEITO OSMAR CUNHA, n.º 260, EDIF: ROYAL BUSINESS CENT, CENTRO, FLORIANOPOLIS/SC, 88.015-100

E-mail: presidente@causc.gov.br

c) NOME COMERCIAL DO PLANO: Uniflex Estadual – Apto coparticipação 50%.

d) N.º DO REGISTRO NA ANS: 435.390/01-1.

e) TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

f) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

g) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: A área de abrangência geográfica do presente contrato é **ESTADUAL**, compreendendo todos os Municípios do Estado de SANTA CATARINA.

h) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: A área de atuação do presente contrato **se limita a um único estado: SANTA CATARINA.**

i) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: A internação se dará em **QUARTO INDIVIDUAL** (apartamento *standard*) com banheiro privativo e alimentação conforme dieta geral do hospital.

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares,

de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo. Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

k) FORMAÇÃO DE PREÇO: Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores **PREESTABELECIDOS** para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Parágrafo Primeiro. Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço preestabelecido, com cobertura de custos de **assistência ambulatorial e hospitalar com obstetria**.

Parágrafo Segundo. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Parágrafo Terceiro. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3ª – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE:

Parágrafo Primeiro. O plano coletivo empresarial se destina as **pessoas jurídicas que mantêm vínculo empregatício ou estatutário com o beneficiário titular**.

Parágrafo Segundo. Por ocasião da contratação do plano de saúde o (a) CONTRATANTE deve atender às **condições de admissão e permanência**:

1. Comprovar a legitimidade mediante a apresentação de cópia dos seguintes documentos:

- a) Cartão do CNPJ;
- b) Contrato Social e alterações ou última alteração contratual consolidada;
- c) Certidão Simplificada da JUCESC, **emitida a menos de 90 (noventa) dias**;
- d) Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social - GFIP;
- e) Comprovante de endereço, **emitido a menos de 90 (noventa) dias**;
- f) Telefone para contato;
- g) Proposta de contratação e contrato preenchidos e assinados;

Parágrafo Terceiro. O (A) CONTRATANTE deverá **INCLUIR e MANTER pelo menos 01 (um) titular e 01 (um) dependente**, sob pena de rescisão contratual, nos termos do item “3”, do Parágrafo terceiro da Cláusula 16ª - Rescisão Contratual.

Parágrafo Quarto. O (A) CONTRATANTE informará a CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, por meio do Formulário Cadastral, podendo incluir novos beneficiários ou excluir a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.

Parágrafo Quinto. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo (a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais que atestem a condição de dependência.

Parágrafo Sexto. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, por meio do Formulário Cadastral de inclusão, quaisquer alterações dos dados cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes (endereço, telefone, documentação, dentre outras).

Parágrafo Sétimo. O (A) CONTRATANTE também fica obrigado (a) a fornecer a qualquer momento informações para atualizar ou complementar os dados junto a CONTRATADA, de forma a viabilizar o cumprimento das obrigações perante o órgão regulador do setor.

Parágrafo Oitavo. Os Formulários Cadastrais devem ser assinados pelo (a) CONTRATANTE e beneficiário titular, **ficando aquele (a) responsável pela entrega de cópia do contrato do plano de saúde, guia de leitura contratual (GLC) e manual de contratação dos planos de saúde (MPS).**

II – CONDIÇÃO DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS:

Parágrafo primeiro. Pode ser inscrito como **beneficiário titular** do plano de saúde a pessoa **vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária**, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados:

Parágrafo segundo. Para fins do disposto nesta cláusula, entende-se por relação empregatícia o vínculo laboral celetista mantido entre pessoa física e a pessoa jurídica CONTRATANTE.

Parágrafo terceiro. Para fins do disposto nesta cláusula, **relação estatutária** é o regime jurídico **exclusivo de servidor público** estabelecido pelos entes federativos.

Parágrafo quarto. Também pode ser inscrito como beneficiário titular no plano empresarial:

- a) os sócios da pessoa jurídica CONTRATANTE;
- b) os administradores da pessoa jurídica CONTRATANTE;
- c) os trabalhadores temporários;
- d) os estagiários e os menores aprendizes;
- e) os demitidos sem justa causa e os aposentados, conforme disposição dos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98.

Parágrafo quinto. Quando o plano for contratado na forma da Lei n.º 8.666/93, a pessoa jurídica pode inscrever como beneficiário titular:

- a) os aposentados vinculados a ela;

b) os agentes políticos.

Parágrafo sexto. Pode ser inscrito como dependente do beneficiário titular:

- a) o cônjuge;
- b) o (a) companheiro (a), sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) o filho solteiro até **33 anos incompletos**;
- d) os enteados solteiros até **33 anos incompletos**;
- e) os netos solteiros até **33 anos incompletos**;
- f) a criança/adolescente sob guarda ou tutela do beneficiário titular, por força de decisão judicial;
- g) a pessoa sob curatela do beneficiário titular, por força de decisão judicial

Parágrafo sétimo. O ingresso e permanência dos dependentes dependerão da inscrição do beneficiário titular no plano.

Parágrafo oitavo. É assegurada a inscrição de recém nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;
2. Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;
3. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;
4. Sem imposição de carências quando o pai ou a mãe tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
5. Com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
6. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
7. Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda ou tutela;
8. Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

Parágrafo nono. Também é assegurada a inscrição de menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela e filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. A inscrição deve ser realizada em até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção ou reconhecimento da paternidade;
2. Filho adotivo e sob guarda ou tutelado: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante (pai ou mãe) ou responsável legal;
3. Reconhecimento da paternidade: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai;
4. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula
5. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
6. Seja apresentada a certidão de nascimento, termo de guarda ou tutela, ou sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
7. Seja paga a inscrição e a mensalidade no vencimento.

Parágrafo dez. A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo (a) CONTRATANTE a CONTRATADA por meio do Formulário de Cadastro.

Parágrafo onze. A inscrição do beneficiário titular e dependentes fica condicionada a apresentação e preenchimento da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados.

em atendimento às determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

1. Formulário de Cadastro (um por titular), devidamente assinado pelo titular do plano e pelo (a) CONTRATANTE;
2. Carta de Orientação ao Beneficiário assinada pelo beneficiário ou seu representante legal (titular e dependentes);
3. Declaração de Saúde, devidamente preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos no plano (titular e dependentes);
4. Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária (CPT) assinado pelo beneficiário portador da Doença ou Lesão Preexistente (DLP);

Parágrafo doze. Para inscrição do beneficiário titular no plano devem ser apresentados os documentos a seguir:

1. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF, RG ou RIC;
2. Comprovante de residência (água, luz, telefone, contrato de locação ou declaração de endereço com firma reconhecida), **emitido a menos de 90 (noventa) dias**;
3. Comprovante de vínculo com a CONTRATANTE:
 - 3.1. **Funcionário:** Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo);
 - 3.2. **Temporário, estagiário e menor aprendiz:** Contrato de Estágio; ou Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo);
 - 3.3. **Sócio:** Contrato Social;
 - 3.4. **Administrador:** Contrato Social e alterações ou última alteração contratual consolidada
 - 3.5. **Agente Político:** Documento de Diplomação, que comprove a nomeação ao cargo.

Parágrafo treze. Para inscrição de beneficiário dependente no plano devem ser apresentados os seguintes documentos:

- a) **Cônjuge:** Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Certidão de Casamento Civil;
- b) **Companheiro (a):** Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Escritura Pública Declaratória de União Estável ou Declaração Particular de União Estável, assinada pelos conviventes e duas testemunhas, com firma reconhecida em Cartório;
- c) **Filho/Filho adotivo, enteado e neto:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), da Certidão de Nascimento (**emitida a menos de 90 dias**), do RG e do CPF;
- d) **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF, RG, Certidão de Nascimento e sentença transitada em julgado.
- e) **Criança/adolescente sob guarda ou tutela do beneficiário titular:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de Nascimento (**emitida a menos de 90 dias**), RG, CPF e Termo de Guarda ou Termo de Tutela;
- f) **Incapaz:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de Nascimento/Casamento (**emitida a menos de 90 dias**), RG, CPF e Termo de Curatela.

Parágrafo quatorze. O (A) CONTRATANTE deve fornecer à CONTRATADA o **número do CPF dos beneficiários com 8 (oito) anos ou mais** que constem como dependentes na Declaração de Ajuste Anual do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (DIRPF), por força de Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil.

Parágrafo quinze. A CONTRATADA poderá exigir a autenticação das cópias de todos os documentos solicitados nesta cláusula.

Parágrafo dezesseis. A CONTRATADA poderá solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise da legitimidade da pessoa jurídica e dos beneficiários.

Parágrafo dezessete. Quando o beneficiário estiver impossibilitado de assinar a documentação para aquisição, transferência ou cancelamento do plano de saúde, este poderá ser representado por terceiros, mediante apresentação de procuração com poderes específicos para o ato, sendo:

a) Procuração Pública com poderes expressos e específicos para contratação, transferência e/ou cancelamento de plano de saúde, bem como preenchimento de DS e Termo de CPT; ou

b) Procuração Particular com firma reconhecida com poderes expressos e específicos para contratação, transferência e/ou cancelamento de plano de saúde, bem como preenchimento de DS e Termo de CPT; e

c) Para os clientes analfabetos, deficientes visuais, impossibilitados de assinar por motivo de doença: somente será aceita procuração pública a rogo (feita em cartório) com poderes expressos e específicos para contratação, transferência e/ou cancelamento de plano de saúde, bem como preenchimento de DS e Termo de CPT;

Parágrafo dezoito. O procurador deve apresentar cópia de documento oficial de identificação com foto (RG, CTPS, CNH, passaporte, etc.) e CPF.

Parágrafo dezenove. A procuração utilizada deve ser anexada ao formulário, em via original ou cópia autenticada em cartório.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Parágrafo primeiro. O plano de assistência à saúde contratado não possui acesso a livre escolha de prestadores para atendimento. O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no plano de saúde têm direito a atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetria, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados e profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe,

Parágrafo segundo. A CONTRATADA reserva-se o direito de garantir APENAS a cobertura mínima obrigatória definida pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que respeitadas as:

a) **Diretrizes de Utilização – DUT:** Que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol;

b) **Diretrizes Clínicas – DC:** Que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também

definem a cobertura mínima obrigatória; e

- c) **Protocolo de Utilização – PROUT:** Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.

Parágrafo terceiro. A cobertura será assegurada independentemente da circunstância e local de origem do evento, respeitados os limites de carência estabelecidos neste contrato, área de abrangência e atuação, segmentação, a cláusula de exclusão de coberturas e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento. E incluirá:

- 1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;
- 2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. As áreas de atuação médica estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas;
- 3) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 4) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;
- 5) cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 6) cobertura de consultas/sessões de: fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física) fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;
- 7) sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

- 8) ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:
- a) **planejamento familiar**: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
 - b) **concepção**: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
 - c) **anticoncepção**: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
 - d) **atividades educacionais**: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
 - e) **aconselhamento**: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
 - f) **atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.
- 9) cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
 - c) medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - d) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
 - e) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial e que não

necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;

- f) hemoterapia ambulatorial;
- g) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 10) participação do médico anesthesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 11) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:
 - a) a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;
 - ✓ Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.
 - b) **hospital-dia para transtornos mentais** é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
 - c) a cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**
- 12) todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;
- 13) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;
- 14) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- 15) cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação contratada e carências;

- 16) exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 17) órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA;
- a) é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a **prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões)** das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora.
- 18) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
- b) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) **não são considerados tratamento de complicações**, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.
- 19) estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;
- 20) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
- 21) é assegurada a cobertura de um acompanhante durante o período de internação, incluindo despesas com acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, nos casos abaixo; ressalvada contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente e na

internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante.

- a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
 - b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
 - c) pessoas com deficiências.
- 22) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, **para segmentação hospitalar**, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e 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;
- 23) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar:
- a) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;
 - b) a necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
- 24) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
- 25) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar e **listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento**:
- a. hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
 - b. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser

- administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- c. medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - d. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
 - e. hemoterapia;
 - f. nutrição parenteral ou enteral;
 - g. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - h. embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - i. radiologia intervencionista;
 - j. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - k. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - l. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;
- 26) cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;
- 27) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 28) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou tutela, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;

b) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo: paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital; ressalvada contra-indicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

✓ entende-se como pós-parto imediato o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

29) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

29.1. nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados, entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo:

- a. **despesas assistenciais com doadores vivos;**
- b. **medicamentos utilizados durante a internação;**
- c. **acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;**
- d. **despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.**

29.2. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

30) transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

31) transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Parágrafo primeiro. Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

a) **tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:**

- ✓ **empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;**
- ✓ **são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou**
- ✓ **empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.**

b) **procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses 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;
- c) inseminação artificial entendida 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, entre outras técnicas;
- d) métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.
- e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde:
- ✓ importados não nacionalizados, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
 - ✓ medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;
 - ✓ Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no rol de eventos em saúde vigente.
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- h) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet (www.anvisa.gov.br);
- i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- l) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- m) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;
- n) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como home care;
- o) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);
- p) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
- q) remoções não previstas na cláusula de “Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso” prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;
- r) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- s) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;
- t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.
- u) os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS tem cobertura assegurada quando solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado e as solicitações realizadas pelo cirurgião dentista, devidamente habilitado, com finalidade de auxiliar no diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológico.

Parágrafo segundo. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo terceiro. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

Parágrafo primeiro. O início de vigência do contrato dar-se-á no dia 01/08/2019 e vigorará por 12 (doze) meses, podendo vir a ser prorrogado mediante aditivo contratual.

Parágrafo segundo. O início da vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

Parágrafo terceiro. Na adesão do beneficiário ao plano por meio de portabilidade de carências, o início de vigência dar-se-á a partir da comunicação de aceite pela CONTRATADA. O aceite ou recusa do pedido de portabilidade será notificado ao beneficiário no prazo de até 10 dias corridos, contados a partir do pedido de portabilidade.

Parágrafo quarto. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais, exceto nos casos de portabilidade de carências.

Parágrafo quinto. A manutenção do contrato celebrado por empresário individual dependerá da comprovação, a cada aniversário de contrato, da regularidade cadastral nos órgãos competentes, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo sexto. O presente contrato tem prazo de vigência mínima de 12 (doze) meses.

Parágrafo sétimo. Findo o prazo de vigência mínima e, não havendo manifestação das partes, o presente contrato poderá ser renovado, sem cobrança de taxa ou qualquer outro valor a título de renovação.

CLÁUSULA 7ª – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Parágrafo primeiro. Para que possam utilizar os serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data de inscrição do beneficiário no plano:

PRAZOS MÁXIMOS DE CARÊNCIA	
Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência	24 horas
Consulta médica	30 dias
Exames laboratoriais (exceto genética)	30 dias
Consulta e Sessão de Fisioterapia	90 dias
Acupuntura, Densitometria, Diálise/Hemodiálise, Ecocardiograma, Endoscopia/Colonoscopia, Espirometria/Prova de Função Pulmonar, Exames Obstétricos, Exames de Genética, Holter/Mapa, Laparoscopia/Litotripsia, Mamografia, Medicina Nuclear/Medicina Transfusional, Radioterapia/Quimioterapia, Ressonância/Tomografia, Teste Ergométrico.	180 dias
Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta	180 dias
Internações clínicas, cirúrgicas	180 dias

Parto a termo	300 dias
Todas as demais coberturas que não constam nesta tabela	180 dias

Parágrafo segundo. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências definidos no parágrafo anterior, **nos contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários**, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano seja formalizado à CONTRATADA:

1. Em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato;
2. Em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário titular à CONTRATANTE.

Parágrafo terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes que formalizarem o seu **pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos**, independente do número de participantes, **devem cumprir os períodos de carência** estabelecidos neste contrato, exceto os dependentes recém-nascidos inscritos nos termos da Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo quarto. Na eventualidade da **redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta)**, as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à CONTRATANTE, **devem cumprir os períodos de carência** estabelecidos nesta cláusula.

Parágrafo quinto. Quando se tratar de beneficiário(s) no **exercício da portabilidade de carências**, deverão ser cumpridos os **prazos de carências remanescentes**, descontados os períodos de permanência no plano de origem. Se houver **ampliação de cobertura** será devido o **cumprimento integral dos prazos de carências** para a cobertura superior ao do plano de origem.

Parágrafo sexto. Quando se tratar de beneficiário(s) proveniente(s), de forma ininterrupta, de outro plano da CONTRATADA, em pré-pagamento, **haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica e padrão superior de acomodação.**

Parágrafo sétimo. O direito ao atendimento na **nova abrangência geográfica e em padrão de acomodação superior**, só será possível **após o cumprimento dos prazos de carência** estabelecidos nesta cláusula.

CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Parágrafo primeiro. O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

- a) **Número de participantes menor que 30 (trinta):** Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e
- b) **Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta):** Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:
 1. Em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato;
 2. Em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário titular à CONTRATANTE.

Parágrafo segundo. Os beneficiários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima

previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém-nascidos e menores de 12 anos: tutelados, sob guarda, adotados e com reconhecimento de paternidade, inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo terceiro. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo quarto. Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar a Declaração de Saúde, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes na data da contratação do plano ou inscrição de dependente(s).

Parágrafo quinto. No preenchimento da Declaração de Saúde, os beneficiários titulares e dependentes devem registrar a atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da inscrição no plano de saúde.

Parágrafo sexto. É assegurado ao titular e dependentes o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada desta.

Parágrafo sétimo. Caso o beneficiário opte por outro médico, que não faça parte da rede cooperada da CONTRATADA deve arcar com o ônus financeiro da entrevista.

Parágrafo oitavo. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

Parágrafo nono. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários, a realização de uma perícia médica com um profissional indicado por ela, que poderá ser ou não acompanhada de exame. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo dez. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização dos exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde que será entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo onze. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA **oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.**

Parágrafo doze. Para fins do que dispõe a legislação vigente, a Cobertura Parcial Temporária (CPT) consiste na **suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no**

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclusões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano.

Parágrafo treze. Findo o prazo de **24 (vinte e quatro) meses** da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

Parágrafo quatorze: A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Parágrafo quinze. Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a CONTRATADA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo dezesseis. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do beneficiário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário, no plano.

Parágrafo dezessete. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano.

Parágrafo dezoito. A CONTRATADA comunicará o beneficiário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, por meio de Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

Parágrafo dezenove. Após o recebimento da comunicação e recusa do beneficiário, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo vinte. A CONTRATADA não negará cobertura assistencial, assim como não suspenderá ou rescindir unilateralmente o contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Parágrafo vinte e um. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o

beneficiário e o (a) CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão.

CLÁUSULA 9ª – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Parágrafo primeiro. Para fins do que dispõe o art. 35-C da Lei n.º 9.656/98 e para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) **Emergência:** situações que impliquem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) **Urgência:** situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo segundo. Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário titular e/ou dependente no plano é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar, observados os critérios abaixo:

I. Beneficiário (a) em período de carências:

- a) A cobertura para os atendimentos de emergência fica limitada as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial e a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da caracterização da internação, ainda que esta se efetive dentro do período de 12 horas;
- b) Complicações no processo gestacional e a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias: o parto e a internação dele decorrente terão cobertura integral garantida;
- c) Complicações no processo gestacional e a beneficiária esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias: atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial e a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da caracterização da internação, ainda que esta se efetive dentro do período de 12 horas;
- d) Atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal assegurado de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, após 24 horas da vigência do contrato, sem restrições.

II. Beneficiário com carências já cumpridas:

- a) Atendimento integral para urgência ou emergência de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, exceto para as patologias que ainda estiverem em período de cobertura parcial temporária.

III. Beneficiário em período de Cobertura Parcial Temporária

- a) Quando o beneficiário estiver em período de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos

cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente, ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial;

b) Se, na continuidade do atendimento mencionado no item anterior, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas e assegurará a remoção nas condições previstas no tópico abaixo.

Parágrafo terceiro. A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para outro hospital durante o atendimento classificado como urgência ou emergência quando:

a) caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, **a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e**

b) for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária.

Parágrafo quarto. A remoção de que trata o parágrafo anterior será realizada em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida.

Parágrafo quinto. Na remoção prevista no Parágrafo quinto, letra “b” cabará à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo sexto. Quando o beneficiário estiver no período de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo sétimo. Quando o beneficiário estiver no período de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e a remoção para unidade do SUS não for possível por haver risco de morte, o (a) CONTRATANTE arcará com o ônus do atendimento, devendo negociar com o prestador a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência, ficando a CONTRATADA isenta desse ônus.

Parágrafo oitavo. A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável. A remoção será assegurada nas situações abaixo descritas:

a) Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:

1. De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
2. De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
3. De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
4. De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

b) Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:

1. de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.**
2. de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano**, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

Parágrafo nono. Quando o beneficiário estiver internado em unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, **indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica**, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento da rede própria ou credenciada.

Parágrafo dez. É garantido ao beneficiário o reembolso em conformidade com disposto no inciso VI do artigo 12 da Lei 9.656/98 em caso de atendimento de urgência e emergência somente quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e de atuação do plano.

Parágrafo onze. O reembolso dos atendimentos de urgência e emergência, mencionado no parágrafo anterior, será efetuado de acordo com as obrigações avençadas entre CONTRATANTE e CONTRATADA, **respeitados os prazos de carência, cobertura parcial temporária (CPT), área de abrangência e atuação do plano, segmentação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento. O valor reembolsado corresponderá aos valores praticados**

pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Parágrafo doze. A CONTRATADA reembolsará o beneficiário, quando deixar de garantir a cobertura mencionada na Cláusula 4ª dentro dos prazos previstos na RN n.º 259/2011, por inexistência ou indisponibilidade de prestador da rede assistencial, **desde que o beneficiário realize contato prévio com a CONTRATADA demandando pelo atendimento.**

Parágrafo treze. **Os prazos de atendimento a que se refere o parágrafo anterior são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento perante a CONTRATADA, por meio dos Canais de Atendimento indicados no verso do cartão do plano de saúde.**

Parágrafo quatorze. **O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.**

Parágrafo quinze. As solicitações de reembolso previstas nesta cláusula, deverão ser formalizadas pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário, perante a CONTRATADA no prazo máximo de 1 (um) ano da data do atendimento ou da alta.

Parágrafo dezesseis. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas (*cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento*). Necessário apresentar também:

- a) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência:** laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitido pelo médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou
- b) **Em caso de atendimento eletivo:** número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.
- c) **Em caso de procedimentos que contenham Diretrizes de Utilização (DUT):** laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitidos pelo médico que solicitou ou realizou o procedimento, atestando e comprovando que o beneficiário cumpre a DUT.

Parágrafo dezessete. A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual **reembolso do valor devido**, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação.

CLÁUSULA 10ª – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

I. Coparticipação

Parágrafo primeiro. A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada **em conjunto** com a mensalidade do plano de saúde.

Parágrafo segundo. A coparticipação incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais, incluindo inclusive os procedimentos abaixo exemplificados:

- a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
- c) consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

Parágrafo terceiro. Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de 30% (trinta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA nas seguintes eventualidades:

- a) No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;
- b) Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;
- c) Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

Parágrafo quarto. A coparticipação será de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, vigente na data do atendimento, observado o limite máximo de R\$ 190,00 (cento e noventa reais) por serviço/procedimento realizado.

Parágrafo quinto. Sempre que houver uma atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos serviços/procedimentos, não listados acima e também não contemplados no rol anterior, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas.

Parágrafo sexto. A inadimplência dos valores apurados a títulos de coparticipação sujeitará o (a) CONTRATANTE às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.

Parágrafo sétimo. Na internação psiquiátrica, somente haverá coparticipação quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, no ano contratual. O valor cobrado será de R\$ 40,00 (quarenta reais) por diária excedente.

Parágrafo oitavo. Os valores constantes na Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA e respectivos limites máximos serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

Parágrafo nono. Os valores da Tabela de Referência utilizada para cobrança de coparticipação, mencionada no Parágrafo oitavo, não se confundem com os valores do custo efetivo do procedimento acordado entre a CONTRATADA e o prestador de serviço.

II. Cartão de Identificação



Parágrafo primeiro. A CONTRATADA emitirá para o beneficiário titular e dependentes o cartão individual de identificação, constando o prazo de validade.

Parágrafo segundo. O cartão de identificação mencionado no parágrafo anterior será encaminhado para o(a) CONTRATANTE em até 30 (trinta) dias da data de inclusão dos beneficiários. O(A) CONTRATANTE ficará responsável pela entrega do cartão de identificação ao beneficiário titular do plano.

Parágrafo terceiro. Caso o beneficiário e/ou o (a) CONTRATANTE não tenha recebido o cartão de identificação no prazo mencionado no Parágrafo Segundo, deverá entrar em contato com a CONTRATADA e solicitar o reenvio.

Parágrafo quarto. Para utilização do plano de saúde, o beneficiário deve apresentar o cartão individual de identificação e documento de identificação com foto, emitido por órgão oficial (por exemplo: carteira de identidade, carteira de trabalho, carteira profissional, passaporte, etc.).

Parágrafo quinto. Caso o beneficiário não esteja na posse do cartão individual de identificação e necessite de atendimento, deverá entrar em contato com a CONTRATADA que lhe fornecerá o código de identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identificação com foto, emitido por órgão oficial, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo sexto. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação do (a) CONTRATANTE a imediata devolução dos respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido e pelos atendimentos realizados pelos beneficiários a partir da data de exclusão, inclusive nos casos de urgência e emergência.

Parágrafo sétimo. Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação*, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 15,00 (quinze reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Parágrafo primeiro. Os serviços contratados serão prestados na forma abaixo descrita e a autorização prévia ocorrerá de forma a viabilizar o cumprimento dos prazos de atendimentos estabelecidos em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data da solicitação.

Parágrafo segundo. A CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) de preferência nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados nacionalizados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

Parágrafo terceiro. A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo profissional solicitante,

pelo médico da operadora e por um terceiro profissional, escolhido de comum acordo pelos dois primeiros, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

Parágrafo quarto. O atendimento e autorização observarão:

a) Consultas Médicas: os beneficiários são atendidos no consultório dos **médicos cooperados**, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

b) Consultas/Sessões com: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

c) Sessões de psicoterapia: são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

d) atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento. Em caso de divergência médica, será aplicado mecanismo de junta médica acima previsto;

e) Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento;

f) Cirurgia buco-maxilo-facial: é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

g) Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso: o fornecimento será indicado pela CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS

e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

h) Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para as patologias e medicamentos estabelecidos na Diretriz de Utilização: a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.

Parágrafo quinto. As regras acima não se aplicam ao atendimento de urgência ou emergência, devidamente declarado pelo médico assistente, estando assegurado o acesso imediato aos procedimentos.

Parágrafo sexto. Não caberá a aplicação de nova contagem de prazo para garantia de atendimento nos termos da legislação vigente na data do atendimento, nas seguintes situações:

a) Na continuidade do tratamento de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento. Respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;

b) No procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos”, que serão autorizados conforme prescrição do médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

Parágrafo sétimo. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para comunicar a CONTRATADA da realização do atendimento.

Parágrafo oitavo. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização na Unimed mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo nono. Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá contatar a CONTRATADA, por meio do telefone informado no verso do cartão do plano de saúde, e solicitar o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

a) O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;

b) A contagem do prazo para garantia do atendimento é contado a partir da data da demanda pelo

serviço ou procedimento.

Parágrafo dez. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Parágrafo onze. A CONTRATADA, a seu critério, poderá exigir que o beneficiário se submeta a exame pericial, com o intuito de realizar análise técnica do procedimento médico solicitado. Os custos com honorários médicos e exames, neste caso, serão arcados pela CONTRATADA.

Parágrafo doze. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no **Guia eletrônico através do sítio www.unimedflorianopolis.com.br, sob a indicação de Rede ES02. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”, conforme previsto na Cláusula Disposições Gerais.**

Parágrafo treze. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 365/14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outra que a substitua. Informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: www.unimedflorianopolis.com.br e na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no cabeçalho deste contrato e verso do cartão.

Parágrafo quatorze. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

- a) É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- b) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
- c) Nos casos de substituição ou suspensão temporária do estabelecimento hospitalar em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição por vontade da CONTRATADA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para redimensionamento de rede e posteriormente deverá comunicar ao CONTRATANTE.
- e) A redução do número de prestadores da rede do plano não implica em qualquer direito de redução dos valores de mensalidade fixados.

CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Parágrafo primeiro. Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

Parágrafo segundo. O (A) CONTRATANTE pagará a título de mensalidade, por beneficiário, os valores constantes na tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	2 a 4 VIDAS	5 a 10 VIDAS	11 a 30 VIDAS	31 a 99 VIDAS
0 a 18	225,82	198,72	178,85	169,91
19 a 23	273,22	240,43	216,39	205,57
24 a 28	327,43	288,14	259,33	246,36
29 a 33	383,88	337,81	304,03	288,83
34 a 38	451,59	397,40	357,66	339,78
39 a 43	512,60	451,09	405,98	385,68
44 a 48	580,32	510,68	459,61	436,63
49 a 53	720,29	633,86	570,47	541,95
54 a 58	919,02	808,74	727,87	691,47
59 ou +	1.309,70	1.152,53	1.037,28	985,42

Parágrafo terceiro. Os valores das contraprestações pecuniárias definidas no parágrafo anterior e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato serão reajustados a cada 12 (doze) meses, conforme Cláusula 12ª - Reajuste.

Parágrafo quarto. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados, ressalvados os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado, conforme artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 que deverão adotar o valor integral estabelecido na tabela de preços/custos com 10 (dez) faixas etárias quando o contrato de ativos adotar o critério de aglutinação de faixas etárias com preço único ou inferior a 10 (dez) faixa etárias ou houver participação do empregador no custeio do plano.

Parágrafo quinto. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por beneficiário inscrito:

- a) a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na Proposta de Contratação; e
- b) as coparticipações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

Parágrafo sexto. O (A) CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula, até o quinto dia útil de cada mês.

Parágrafo sétimo. Os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, ficam responsáveis pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo oitavo. O extrato de serviços prestados fornecido pela CONTRATADA destina-se a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos beneficiários. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o (a) CONTRATANTE pode solicitar a

CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

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

Parágrafo dez. Ocorrendo impuntualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

Parágrafo onze. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE e/ou os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

Parágrafo doze. A CONTRATADA faturará da CONTRATANTE os valores devidos a título de coparticipação de procedimentos realizados antes da data de exclusão e/ou os atendimentos executados indevidamente após a exclusão dos beneficiários, a partir do recebimento das cobranças do prestador de serviço, **dentro do prazo de até 3 (três) anos.**

CLÁUSULA 12ª – REAJUSTE

Parágrafo primeiro. Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como os valores previstos na Cláusula Mecanismos de Regulação serão **reajustados a cada 12 (doze) meses conforme parâmetros abaixo:**

I. Contratos com mais de 99 (noventa e nove) beneficiários:

Parágrafo segundo. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento).** Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGPM} + \text{IRT}$$

Parágrafo terceiro. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato.

Parágrafo quarto. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRT}\% = \left(\frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

- ✓ **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. **A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.**

$$\text{Sinistralidade} = \left(\frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

- ✓ **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- ✓ **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- ✓ **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

Parágrafo quinto. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

- a) Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
- b) Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

Parágrafo sexto. Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será **negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT.**

Parágrafo sétimo. Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja igual ou inferior a **75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

II. Contratos com até 99 (noventa e nove) beneficiários:

Parágrafo oitavo. Quando o contrato tiver **até 99 (noventa e nove) beneficiários**, o reajuste anual será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com até 99 (noventa e nove) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo nono. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

- a) Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
- b) Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

Parágrafo dez. O reajuste para contratos com **até 99 (noventa e nove) beneficiários** será aplicado conforme variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento)**. Assim:

$$\text{Reajuste} = \text{IGPM} + \text{IRT}$$

Parágrafo onze. O IGPM, o Índice de Reajuste Técnico (IRT) e a Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato.

Parágrafo doze. O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRT}\% = \left(\frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

- ✓ **Sinistralidade:** é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período. **A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.**

$$\text{Sinistralidade} = \left(\frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

- ✓ **Despesa Assistencial:** É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.
- ✓ **Coparticipação:** É a soma de todos os valores de coparticipação do período.
- ✓ **Receitas Líquidas do Plano:** É soma de todos os valores de contraprestações do período.

Parágrafo treze. A CONTRATADA divulgará o índice de reajuste apurado no portal corporativo até o **1º dia útil do mês de maio de cada ano**, bem como a relação dos contratos agrupados. **O índice apurado será aplicado no período de maio do ano corrente até abril do ano seguinte, na data de aniversário de cada contrato.**

III. Disposições Gerais

Parágrafo quatorze. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, **ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.**

Parágrafo quinze. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

Parágrafo dezesseis. A CONTRATADA comunicará à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS o percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias, conforme determina a legislação competente.

Parágrafo dezessete. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA a que se refere à cláusula Mecanismos de Regulação serão atualizados anualmente. Os reajustes serão aplicados em conformidade com os percentuais médios negociados e pactuados entre a operadora e a rede prestadora de serviços assistenciais, dentro dos parâmetros estabelecidos nas normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

CLÁUSULA 13ª – REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

Parágrafo primeiro. **As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário,** de acordo com os parâmetros abaixo indicados:

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 a 18	0,00%
19 a 23	20,99%
24 a 28	19,84%
29 a 33	17,24%
34 a 38	17,64%
39 a 43	13,51%
44 a 48	13,21%
49 a 53	24,12%
54 a 58	27,59%
59 ou +	42,51%

Parágrafo segundo. O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros abaixo, definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- a variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

O presente contrato observa o *Regime de Contratação Coletivo Empresarial*, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

I – MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EX-EMPREGADOS

Parágrafo primeiro. No caso de rescisão se justa causa do contrato de trabalho, exoneração ou aposentadoria do titular, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial (mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação de internação, área geográfica de abrangência e fator moderador), que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

a) já contribuisse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa.

b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, e comunique a decisão à CONTRATADA;

c) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da comunicação do direito ao benefício, que deverá ser formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria;

d) o formulário com a opção de manutenção do plano seja entregue no prazo, devidamente preenchido e assinado;

e) o beneficiário, na condição de ex-empregado, assumo o pagamento integral de todas as suas despesas e de seus dependentes.

Parágrafo segundo. Para fins desta cláusula entende-se como contribuição: qualquer valor pago pelo beneficiário, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade do plano de saúde.

Parágrafo terceiro. O valor pago a título de mensalidade dos dependentes, assim como aquele pago única e exclusivamente em procedimentos, a título de coparticipação ou franquia, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica não são considerados contribuição.

Parágrafo quarto. O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações. É permitido ao empregador subsidiar o plano ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

Parágrafo quinto. Os beneficiários que se encontram em período de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), na data da rescisão do contrato de trabalho, cumprirão o período restante, contado a partir da data da sua inscrição na condição de ex-empregado.

Parágrafo sexto. O tempo de permanência do beneficiário no plano de saúde na condição de ex-empregado será de:

a) **Para os demitidos ou exonerados sem justa causa:** um terço do tempo de contribuição nos

planos de saúde em pré-pagamento, contratados pelo (a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

b) Para os aposentados com rescisão do contrato de trabalho:

b.1) se tiver contribuído por 10 (dez) anos ou mais nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo (a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção: de forma vitalícia.

b.2) se tiver contribuído por menos de 10 (dez) anos nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo (a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo sétimo. Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a ser demitido é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998. O direito a manutenção do plano será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador. O direito de manutenção também é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo oitavo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular desde que atendidas às condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo nono. No período de manutenção da condição de beneficiário, somente poderão ser incluídos novo cônjuge e novos filhos do ex-empregado.

Parágrafo dez. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo onze. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos neste plano.

Parágrafo doze. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício:

- a) pelo decurso dos prazos previstos para manutenção do plano na condição de demitido;
- b) em caso de admissão em novo emprego. Entende-se como novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- c) no cancelamento do plano de saúde contratado pela CONTRATANTE para empregados ativos e ex-empregados.

Parágrafo treze. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado e seus dependentes vinculados ao plano, o **direito de exercer a portabilidade de carências** nesta Operadora ou em outra, no **prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência da extinção do vínculo com a operadora**, nos termos da legislação vigente.

II. ABSORÇÃO DE CARÊNCIA EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

Parágrafo primeiro. Em caso de rescisão deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os

beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, **pelo valor de tabela de vendas vigente na data da adesão.**

Parágrafo segundo. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no contrato rescindido.

Parágrafo terceiro. Os beneficiários devem fazer a **adesão** ao plano individual ou familiar, no **prazo máximo de 30 dias após a rescisão deste contrato.**

Parágrafo quarto. É **responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar os beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula,** em tempo hábil para o cumprimento do prazo de adesão acima mencionado.

Parágrafo quinto. O beneficiário e seu(s) dependente(s), em caso de rescisão deste contrato por parte da CONTRATADA ou da CONTRATANTE terão direito ao exercício da **portabilidade de carências** nesta Operadora ou em outra, no **prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência da extinção do vínculo com a operadora,** nos termos da legislação vigente.

CLÁUSULA 15ª – CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Parágrafo primeiro. É prerrogativa da CONTRATANTE solicitar a exclusão do beneficiário titular e seus dependentes do plano de saúde.

Parágrafo segundo. A CONTRATANTE pode solicitar a exclusão do beneficiário titular e seus dependentes a qualquer tempo, mediante comunicação à CONTRATADA, por meio de formulário de exclusão.

Parágrafo terceiro. As solicitações de exclusão requeridas pelo beneficiário titular à CONTRATANTE devem ser encaminhadas à CONTRATADA **no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da solicitação, por meio de formulário de exclusão.**

Parágrafo quarto. **Expirado o prazo disposto no parágrafo anterior** sem que a CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à CONTRATADA, **o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à CONTRATADA.**

Parágrafo quinto. A solicitação de exclusão de que trata o parágrafo anterior pode ser solicitada à CONTRATADA: **presencialmente,** na sede da CONTRATADA; por meio de **atendimento telefônico** e; **por meio da página da CONTRATADA na internet no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.**

Parágrafo sexto. Os campos do formulário de exclusão devem ser preenchidos de **forma correta, legível e sem rasuras, sob pena de não efetivação da exclusão.**

Parágrafo sétimo. A exclusão tem **efeito imediato e caráter irrevogável,** a partir da data de ciência da CONTRATADA.

Parágrafo oitavo. A CONTRATADA só excluirá ou suspenderá a assistência à saúde dos

beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE:

- a) por fraude;
- b) por perda de vínculo do beneficiário titular com o (a) CONTRATANTE;
- c) serão excluídos os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão;
- d) na hipótese mencionada no Parágrafo quarto;

Parágrafo nono. Para fins do disposto no item “c” do Parágrafo oitavo perdem a condição de beneficiário:

- a) o cônjuge, no caso de separação ou divórcio;
- b) o (a) companheiro (a), no caso de dissolução da união estável;
- c) o filho solteiro com **33 anos completos**;
- d) o enteado solteiro com **33 anos completos**;
- e) o neto solteiro com **33 anos completos**;
- f) quando cessada a guarda, tutela e curatela.

Parágrafo dez. No caso em que houver contratação do serviço adicional **Fundo de Extensão Assistencial (FEA)**, findo o período de remissão, os beneficiários serão excluídos do plano de assistência à saúde, mas poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, **em até 60 (sessenta) dias a contar da data da exclusão**, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, aproveitados os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumpridos neste contrato.

Parágrafo onze. Considera-se fraude, para fins do disposto na letra “a” do parágrafo quinto, a omissão de doença ou lesão preexistente devidamente comprovada pela CONTRATADA e declarada pelo órgão regulador, bem como a utilização do cartão individual de identificação por terceiros.

Parágrafo doze. O (s) beneficiário (s) também será (ao) excluído (s):

- a) quando não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- b) quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Rescisão Contratual;
- c) quando se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, **desde que o beneficiário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.**

Parágrafo treze. A exclusão do titular e dependentes do contrato de plano de saúde acarretará:

- a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão

da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

e) efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência desta operadora;

f) as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário titular;

g) as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

h) a CONTRATADA pode excluir a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica CONTRATANTE, por perda dos vínculos do titular, ou de dependência, conforme previsão contratual.

Parágrafo quatorze. Recebida a solicitação de exclusão por interesse do beneficiário titular, as guias em poder do beneficiário excluído, mesmo que autorizadas, serão imediatamente canceladas.

Parágrafo quinze. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar o vínculo dos beneficiários titulares com o (a) CONTRATANTE e a comprovação de dependência dos beneficiários dependentes em relação ao titular.

Parágrafo dezesseis. Os beneficiários dependentes inscritos no plano, conforme Cláusula de Condições de Admissão, excluídos em razão **da perda da condição de dependência ou óbito do titular**, poderão exercer a **portabilidade de carências** nesta Operadora ou em outra, no **prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência da extinção do vínculo com a operadora**, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo dezessete. **Encerrado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de ex-empregado, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato**, mas poderão exercer a portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, no **prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência da extinção do vínculo com a CONTRATADA**, nos termos da legislação vigente.

CLÁUSULA 16ª – RESCISÃO CONTRATUAL

Parágrafo primeiro. A CONTRATADA poderá rescindir este contrato quando houver **atraso no pagamento das obrigações financeiras por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato**, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito, com os acréscimos legais e contratuais advindos da inadimplência.

Parágrafo segundo. O presente contrato poderá ser rescindido **imotivadamente** por qualquer das partes, sem quaisquer ônus, após cumprimento do prazo mínimo de vigência de 12 (doze) meses, mediante **aviso prévio**, por meio de **carta registrada com aviso de recebimento (AR)**, com **antecedência mínima de 60 (sessenta) dias**, observando-se o seguinte:

- a) a responsabilidade da CONTRATADA quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para a efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta da CONTRATANTE;
- b) durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

Parágrafo terceiro. O contrato poderá ser rescindido motivadamente a qualquer tempo, sem qualquer ônus, mediante aviso prévio, por meio de carta registrada com aviso de recebimento (AR), com antecedência mínima de 30 (trinta) dias:

1. pela CONTRATADA, no caso de qualquer ato ilícito, fraude, tentativa de fraude ou de dolo pelo CONTRATANTE e/ou por qualquer beneficiário na utilização deste plano;
2. pela CONTRATADA, em caso de falência, recuperação judicial e recuperação extrajudicial do CONTRATANTE;
3. pela CONTRATADA, quando não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante.
4. por qualquer das partes, se houver inobservância das condições contratuais.

Parágrafo quarto. Antes do término do prazo mínimo de vigência previsto no presente contrato, é facultado a qualquer uma das partes rescindir imotivadamente o presente contrato, mediante aviso prévio, por meio de carta registrada com aviso de recebimento (AR), com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se a parte que requerer a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência mínima.

Parágrafo quinto. Os prazos previstos nos Parágrafos Segundo, Terceiro e Quarto serão contados a partir do recebimento da notificação.

Parágrafo sexto. Em caso de rescisão deste contrato, os beneficiários poderão firmar contrato individual/familiar com a CONTRATADA, no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de rescisão, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

Parágrafo sétimo. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários a rescisão deste contrato em tempo hábil para que estes possam optar pela contratação de plano individual ou familiar nos termos do item II da cláusula “Regras para Planos Coletivos”.

Parágrafo oitavo. Na hipótese do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional por período negociado entre as partes, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido.

Parágrafo nono. Em caso de rescisão do presente, a qualquer título, a partir da rescisão fica desde já estabelecido que:

- a) O custo de internação de beneficiários internados correrão às expensas do CONTRATANTE até a data da alta;
- b) É imprescindível a devolução de todos os cartões de identificação até no final do prazo de aviso prévio ou em 30 (trinta) dias da rescisão, a fim de que não haja utilização indevida.

Parágrafo dez. O (A) CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da

CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento.

CLÁUSULA 17ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

I. DOCUMENTOS

Parágrafo primeiro. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, as Cartas de Orientação ao Beneficiário, as Declarações de Saúde, o Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária e Declaração de Conhecimento do Plano Referência.

II. ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

Parágrafo segundo. A CONTRATADA comunicará à CONTRATANTE, eventuais alterações publicadas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar que modifiquem o instrumento jurídico originalmente firmado e se aplicam automaticamente aos contratos vigentes, sem determinação de formalização de aditamento contratual por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

III. PORTAL DE INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Parágrafo terceiro. A CONTRATADA disponibilizará acesso individualizado para titulares e dependentes ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, disponível no endereço eletrônico: www.unimedflorianopolis.com.br, ficando sob responsabilidade do (a) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários a disponibilização do portal.

IV. REDE ASSISTENCIAL

Parágrafo quarto. O plano de saúde contratado não prevê a opção de acesso a livre escolha de prestadores. Assim, os atendimentos devem ser realizados pelos prestadores de serviços indicados na Cláusula Mecanismos de Regulação.

VI. PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Parágrafo primeiro. A portabilidade de carências é a possibilidade de o beneficiário mudar de plano de saúde na mesma ou em outra operadora, sem cumprir novos prazos de carência e cobertura parcial temporária (CPT) referente às coberturas previstas na segmentação do plano de origem, desde que cumpridos os requisitos legais estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Parágrafo segundo. Para efeito desta cláusula e da legislação vigente, consideram-se:

- a) **Plano de origem:** é o plano de saúde ao qual o beneficiário encontra-se vinculado para ter direito à portabilidade de carências;
- b) **Plano de destino:** é o plano de saúde ao qual o beneficiário irá se vincular por ocasião da portabilidade de carências.

Parágrafo terceiro. No exercício da portabilidade a carência será devida quando:

- a) houver prazos remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano de origem; e/ou
- b) quando a cobertura do plano destino for superior ao plano de origem: sendo devidas as carências integrais para cobertura superior e análise de doença e lesão preexistente, mediante preenchimento de Declaração de Saúde (DS).

Parágrafo quarto. Na portabilidade de carências, quando o beneficiário se encontrar ativo na operadora origem, caberá a este requerer a rescisão do contrato ou vínculo de beneficiário no plano de origem em até **5 (dias) contados da vigência do novo plano**, para que possa usufruir dos direitos assegurados no exercício da portabilidade de carências, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo quinto. A portabilidade de carências não poderá ser exercida nos casos em que o(s) beneficiário(s) estiver(em) em período de internação, **exceto quando se tratar de portabilidade por perda de vínculo ou determinada pela ANS**, nos termos da legislação em vigor.

CLÁUSULA 18ª – ELEIÇÃO DE FORO

Parágrafo único. Fica eleito o foro da Comarca do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento em duas vias de mesmo teor.

CONTRATADA

Waldemar de Souza Junior
CRM/SC 5204
Vice-Presidente

CONTRATADA

Jolnei Antônio Hawerth
CRM/SC 4863
Superintendente

CONTRATANTE

DANIELA PAREJA
GARCIA SARMENTO
PRESIDENTE
CPF n.º 017.289.649-54



Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico
 CNPJ: 77.858.611/0001-08
 Nº de registro na ANS: 360449
 Nº de registro do produto: 435.390/01-1
 Tel.: 0800-483500

PIN-SS - Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar: em <http://www.unimedflorianopolis.com.br>. Acesse os dados cadastrais do seu plano e histórico de utilização do plano conforme RN 389.

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	2
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.	2
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	2-3
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, grupos de municípios ou municipal.	2
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.	7-14
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.	14-16
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.	18-21

9/7

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	17-18
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), 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.	24-29
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	17
RESCISÃO/SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	39-40
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 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.	31-34
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 co-participação 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.	34-37

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 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) | Disque-ANS: 0800 701 9656
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP: 20021-040 | www.ans.gov.br
Rio de Janeiro – RJ | ouvidoria@ans.gov.br



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADICIONAIS AO PLANO DE SAÚDE
COLETIVO EMPRESARIAL - ESTADUAL
CONTRATO N.º 9066101**

CLÁUSULA 1ª - QUALIFICAÇÃO DO (A) CONTRATANTE

Razão Social: CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DE SANTA CATARINA

Nome Fantasia: CAU/SC

CNPJ: 14.895.272/0001-01

Endereço: AV PREFEITO OSMAR CUNHA, n.º 260, EDIF: ROYAL BUSINESS CENT,
CENTRO, FLORIANOPOLIS/SC, 88.015-100

E-mail: presidente@causc.gov.br

CLÁUSULA 2ª - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 77.858.611/0001-08 Registro da Operadora na ANS n.º 360.449

Classificação: Cooperativa Médica

Endereço: Rua Dom Jaime Câmara, n.º. 94 CEP. 88.015-120

Bairro: Centro — Florianópolis/SC

CLÁUSULA 3ª – DO OBJETO

3.1 O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços adicionais de transporte terrestre e aéreo de urgência para remoção de beneficiários regularmente inscritos no contrato de assistência médico hospitalar firmado entre as partes acima qualificadas.

CLÁUSULA 4ª – DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

4.1. Terão direito à cobertura de transporte terrestre e aéreo de urgência o beneficiário titular e seu(s) dependente(s), desde que devidamente inscritos no plano de saúde firmado entre o CONTRATANTE e a CONTRATADA.

4.2. As inclusões de beneficiários obedecerão ao disposto na Cláusula Condições de Admissão do contrato de plano de saúde firmado entre as partes.

4.3. As exclusões de beneficiário observarão ao estipulado na Cláusula Condições de Perda da Qualidade de Beneficiário do instrumento jurídico pactuado entre CONTRATANTE e CONTRATADA para prestação de serviço de assistência à saúde.

CLÁUSULA 5ª – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

5.1. Os beneficiários regularmente inscritos, após cumprimento do período de carência, serão prestados os serviços de transporte terrestre e aéreo de urgência, **exclusivamente por indicação médica**, observadas as limitações de cobertura contratual e da área de abrangência geográfica prevista no contrato de plano de saúde.

5.2. O presente serviço será disponibilizado 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por

9/9

**TRANSPORTE TERRESTRE E AEROMÉDICO DE URGÊNCIA
COLETIVO EMPRESARIAL
ESTADUAL**

www.unimedflorianopolis.com.br SAC: 0800-483500



semana, devendo ser acionado em conformidade com o que dispõe este contrato.

5.3. O atendimento será efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com o acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, conforme a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central de Atendimento/Regulação.

5.4. É assegurado ao beneficiário, além da remoção prevista na Cláusula de Atendimento de Urgência e emergência, Remoção e Reembolso do contrato de plano de saúde, o transporte:

a) Aéreo, de um hospital para outro mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, por estrita indicação médica e necessidade absoluta e premente da utilização de tais recursos, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato de assistência à saúde;

b) Terrestre ou aéreo, nos casos de repatriamento (recondução do beneficiário para seu estado ou cidade de domicílio) quando necessária a remoção em transporte especializado, por estrita indicação médica e necessidade absoluta e premente da utilização de tais recursos:

b.1) De um hospital dentro do Estado de Santa Catarina para outro na cidade em que resida para continuidade do tratamento médico;

b.2) De um hospital fora do Estado de Santa Catarina para outro dentro do Estado para continuidade do tratamento médico;

b.3) Nos casos de alta hospitalar para continuidade em tratamento domiciliar.

5.5. Para utilização do serviço, o beneficiário deve estar internado e em situação que exija transporte especial, condição devidamente declarada pelo médico assistente à Central de Atendimento.

5.6. A utilização dos serviços contratados está condicionada a solicitação feita diretamente à **CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HORAS, no telefone 0800-488488, pelo médico assistente do beneficiário/paciente.**

5.7. O médico assistente do beneficiário deve informar ao médico regulador sobre o quadro clínico do paciente e se este se enquadra nas hipóteses de possibilidade de transporte determinadas no presente contrato, a fim de avaliar a transportabilidade do beneficiário e a prioridade do pedido.

5.8. A definição do meio de transporte e do tipo de aeronave é de incumbência da Central de Regulação Médica que avaliará, em conjunto com o diretor médico operacional, o modo adequado de remoção do paciente, observando a patologia e as condições de saúde do transportado, bem como as condições meteorológicas e infraestrutura aéreo-rodoviária.

5.9. A equipe médica responsável pelo transporte fará uma avaliação das condições do paciente, para se certificar de que não existe contraindicação para sua realização.

920
8

**TRANSPORTE TERRESTRE E AEROMÉDICO DE URGÊNCIA
COLETIVO EMPRESARIAL
ESTADUAL**

www.unimedflorianopolis.com.br SAC: 0800-483500



5.10. O transporte e a internação do paciente em hospital fora da área de ação da CONTRATADA necessitarão de autorização prévia, salvo nos casos de urgência e emergência.

5.11. As aeronaves e ambulâncias terrestres UTI não contêm qualquer peça para prótese, mas estão equipadas com marca-passo externo para eventual utilização durante o transporte.

5.12. O transporte será realizado apenas quando solicitado em consonância com as cláusulas estabelecidas neste contrato, previsões legais e desde que observadas às condições climáticas e de tráfego aéreo, a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas e as instruções da Agência Nacional de Aviação Civil – ANAC.

5.13. O serviço de transporte terrestre e aéreo de urgência somente será realizado após a confirmação de disponibilidade e reserva de vaga no hospital de destino ao qual o beneficiário será removido.

5.14. Compete ao médico responsável pelo beneficiário ou seus responsáveis providenciar a vaga hospitalar de destino, reservando-a. Todos os procedimentos para internação devem ser providenciados pelos responsáveis do beneficiário como entrega de guias e demais condições impostas pelo hospital de destino.

5.15. Inexistindo vagas hospitalares no destino, independente do motivo, a CONTRATADA reserva-se ao direito de não executar o serviço.

CLÁUSULA 6ª – DA EXCLUSÃO DE COBERTURA

6.1. Não serão atendidas as solicitações de transporte terrestre e aeromédico do paciente que:

- a) **Apresentar estado de coma irreversível, haja vista impossibilidade de cura;**
- b) **Apresentar quadro sem possibilidades terapêuticas (fase terminal);**
- c) **Ser portador de doença infectocontagiosa;**
- d) **Ser portador de patologia incompatível com o transporte aéreo e ambulância UTI;**
- e) **Ofereça risco à integridade física e à saúde dos tripulantes da aeronave e do próprio paciente;**

6.2. A remoção não será realizada quando a equipe médica verificar que:

- a) **As condições clínicas/cirúrgicas do paciente divergem das informações anteriormente prestadas pelo médico do beneficiário na solicitação do transporte;**
- b) **O paciente, por quaisquer outras circunstâncias, não apresenta condição para remoção aérea e/ou terrestre;**
- c) **Não exista Aeródromo Homologado ou Registrado e falem condições seguras de voo, ausências essas que coloquem a tripulação e o paciente em risco de vida.**

CLÁUSULA 7ª – DA CARÊNCIA

7.1. Para aquisição do direito ao transporte terrestre e aeromédico de urgência será exigido o cumprimento de carência de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do presente contrato ou da inscrição de novo beneficiário.

**TRANSPORTE TERRESTRE E AEROMÉDICO DE URGÊNCIA
COLETIVO EMPRESARIAL
ESTADUAL**

www.unimedflorianopolis.com.br SAC: 0800-483500



7.2 O serviço de transporte terrestre e aeromédico não será autorizado e nem executado caso o período de carência previsto no item 7.1 não seja cumprido.

CLÁUSULA 8ª – DA VIGÊNCIA

8.1. Por tratar-se de contrato prestação de serviços adicionais ao plano de assistência privado à saúde, a vigência deste subordina-se à vigência do plano de saúde.

8.2. O contrato de serviços adicionais ao plano de assistência será rescindido automaticamente, por quaisquer das causas que motivarem a rescisão do plano de assistência à saúde.

8.3. De igual forma, a eventual suspensão do atendimento do plano de saúde implicará na suspensão dos direitos aqui contratados.

CLÁUSULA 9ª – DO FORO

9.1. Fica eleito o foro da Comarca do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento em duas vias de mesmo teor.

CONTRATADA
Waldemar de Souza Junior
CRM/SC 5204
Vice-Presidente

CONTRATADA
Jolnei Antônio Hawerth
CRM/SC 4863
Superintendente

CONTRATANTE
DANIELA PAREJA
GARCIA SARMENTO
PRESIDENTE
CPF n.º 017.289.649-54

Proposta + 435390011 - Contrato Est Apto 50% nº 9066101 + Transporte - CAUSC.pdf

Código do documento 479882a8-45ad-480c-9be0-e93d9e040b68

Assinaturas



Daniela Pareja García Sarmiento
presidente@causc.gov.br
Assinou

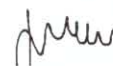
Daniela Pareja García Sarmiento



Waldemar de Souza Junior
waldemar.junior@unimedflorianopolis.com.br
Assinou



Jolnei antonio hawerroth
jolnei.hawerroth@unimedflorianopolis.com.br
Assinou



MIRIAN DA SILVA DE BRAGA
mirian.braga@unimedflorianopolis.com.br
Aprovou

Mirian Lamentis



Ingrid Cristina dos Santos
ingrid.santos@unimedflorianopolis.com.br
Aprovou

Ingrid Cristina dos Santos

Eventos do documento

22 Jul 2019, 10:05:34

Documento número 479882a8-45ad-480c-9be0-e93d9e040b68 **criado** por LARISSA SCHUTZ DA SILVA (Conta 1df39cb9-91e0-48a8-9203-20aa2b3c8fc8). Email :larissa.dasilva@unimedflorianopolis.com.br. - DATE_ATOM: 2019-07-22T10:05:34-03:00

22 Jul 2019, 10:06:21

Lista de assinatura **iniciada** por LARISSA SCHUTZ DA SILVA (Conta 1df39cb9-91e0-48a8-9203-20aa2b3c8fc8). Email: larissa.dasilva@unimedflorianopolis.com.br. - DATE_ATOM: 2019-07-22T10:06:21-03:00

26 Jul 2019, 12:17:58

DANIELA PAREJA GARCIA SARMENTO **Assinou** (Conta a2967f18-44c6-4174-a1cb-2c334f51eb79) - Email: presidente@causc.gov.br - IP: 152.237.31.209 (152-237-31-209.user.veloxzone.com.br porta: 58798) - Documento de identificação informado: 017.289.649-54 - DATE_ATOM: 2019-07-26T12:17:58-03:00

29 Jul 2019, 07:59:19

WALDEMAR DE SOUZA JUNIOR **Assinou** (Conta 492caba1-df5b-4403-aace-f467f9aa4adf) - Email: waldemar.junior@unimedflorianopolis.com.br - IP: 187.65.221.218 (bb41ddda.virtua.com.br porta: 38586) - **Geolocalização: -27.5900955 -48.5041417** - Documento de identificação informado: 642.474.309-04 - DATE_ATOM: 2019-07-29T07:59:19-03:00



57 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 30 de julho de 2019, 15:27:44



29 Jul 2019, 16:10:40

MIRIAN DA SILVA DE BRAGA (Conta e3fb76fa-dff6-4293-a1e2-8c25e4b3b33f). Email:

mirian.braga@unimedflorianopolis.com.br. **ALTEROU** o signatário **larissa.dasilva@unimedflorianopolis.com.br** para **mirian.braga@unimedflorianopolis.com.br** - DATE_ATOM: 2019-07-29T16:10:40-03:00

30 Jul 2019, 09:28:46

JOLNEI ANTONIO HAWERROTH **Assinou** (Conta 4295fe95-dcd2-43bf-82ad-631f0f7df19f) - Email:

jolnei.hawerroth@unimedflorianopolis.com.br - IP: 189.112.134.34 (189.112.134.34 porta: 29126) - **Geolocalização: -27.591039131918503 -48.613603379088616** - Documento de identificação informado: 560.087.329-87 - DATE_ATOM: 2019-07-30T09:28:46-03:00

30 Jul 2019, 09:40:10

MIRIAN DA SILVA DE BRAGA **Aprovou** (Conta e3fb76fa-dff6-4293-a1e2-8c25e4b3b33f) - Email:

mirian.braga@unimedflorianopolis.com.br - IP: 187.103.104.58 (187-103-104-58.commcop.net.br porta: 20474) - Documento de identificação informado: 078.081.239-51 - DATE_ATOM: 2019-07-30T09:40:10-03:00

30 Jul 2019, 10:33:16

INGRID CRISTINA DOS SANTOS **Aprovou** (Conta 56f53f49-892a-4159-96ce-5814b5a3a772) - Email:

ingrid.santos@unimedflorianopolis.com.br - IP: 187.103.104.58 (187-103-104-58.commcop.net.br porta: 33340) - Documento de identificação informado: 078.748.609-42 - DATE_ATOM: 2019-07-30T10:33:16-03:00

Hash do documento original

(SHA256):700be3dff69babea4da8e54ae10fd2fe69e0a0e8bb54f55ea993654b877fc0ec

(SHA512):f76211e36cd30542d1e0bb1fca33fbd7428e1a37d911ba492347bcc391c9a1519059223c6a5916c411256030d39f47a4265ce43e67510c8dd17bc8db52a995e0

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign