



CONTRATO DE PRESTAÇÃO

DE

SERVIÇOS MÉDICOS E

HOSPITALARES

CARACTERÍSTICAS

Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial

Nome Plano: UNIREDE RECIFE – CE – Básico - Com obst

Área Geográfica de Abrangência: Municipal

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Formação de Preço: Pré- Estabelecido

Vínculo do Beneficiário: Empregatício ou Estatutário (Inativo)

Padrão de Acomodação: Enfermaria - Produto n.º 482.375/19-3

Fator Moderador: Sem co-participação

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



INSTRUMENTO JURÍDICO

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: **Unimed Recife- Cooperativa de Trabalho Médico**
 Nome de fantasia: **Unimed Recife**
 Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas: **11.214.624/0001-28**
 Registro de Operadora na ANS: **34488-5**
 Classificação da Operadora na ANS: **Cooperativa Médica**
 Endereço: **Av. Lins Petit, n.º 140, Ilha do Leite, CEP 50.070-230, Recife - PE**

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: **Hospital do Tricentenário**
 C.N.P.J: **10.583.920/0001-33**
 Endereço: **Rua Farias Neves Sobrinho, 232, Bairro Novo, Olinda – PE, CEP: 53.120-420.**

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Art. 1. Os registros de identificação, a que se refere este contrato, são os seguintes:

I - Nome do Plano: **UNIREDE RECIFE – CE – Basico - Com obst**
 II - Número de Registro na ANS: **482.375/19-3**

TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Art. 2. O tipo de contratação do plano de saúde é Coletivo Empresarial, conforme determina o artigo 16, VII, da Lei 9656/98.

TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Art. 3. Este contrato é um plano de segmentação Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia, conforme Legislação vigente.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Art. 4. Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica no município de Recife.

Parágrafo único: Será assegurado aos beneficiários contratantes o atendimento nos casos de urgência e emergência, no estado de Pernambuco, através do sistema de Intercâmbio entre as UNIMEDS.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

Art. 5. Este plano tem como área de atuação em todo o estado de Pernambuco.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 6. Durante a internação clínica e/ou cirúrgica, a **CONTRATADA** garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios ou contratados, acomodação coletiva (enfermaria)

Parágrafo Único: Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido a contratante o acesso à acomodação, em nível superior (limitado a apartamento), sem ônus adicional.

FORMAÇÃO DO PREÇO

Art. 7. O plano contratado será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 100/05.

TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 8. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde previsto no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98 visando à Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Art. 9. Objetiva cobrir serviços de assistência médica, ambulatorial e hospitalar compreendendo partos e tratamentos, diagnóstico e terapia. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento.

Art. 10. Este contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma da legislação civil vigente, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Das condições de admissão dos beneficiários INATIVOS

Art. 11. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Art. 12. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares os ex-empregados aposentados e demitidos ou exonerados sem justa causa da CONTRATANTE que foram beneficiários titulares do produto destinado para os beneficiários ativos quando da vigência do contrato de trabalho com a pessoa jurídica contratante.

Art. 13. Poderão ser inscritos no plano, ainda, os Beneficiários Dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pelo empregador, quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular com a pessoa jurídica contratante, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

Art. 14. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

DO RECÉM-NASCIDO (NATURAL, ADOTIVO, SOB GUARDA OU TUTELA)

Art. 15. Os filhos recém-nascido, filho natural, adotivo, sob guarda ou tutela, de beneficiário do plano de saúde poderão ser inscritos sem alegação de qualquer doença ou lesão preexistente, através da cobertura parcial temporária ou agravo, desde que a inscrição seja realizada em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do evento, período em que será garantida a assistência médica dentro da cobertura do plano do beneficiário titular.

Art.16. Será assegurada a isenção do cumprimento de períodos de carência do recém-nascido, filho natural, adotivo, sob guarda ou tutela, do beneficiário titular (pai, mãe ou responsável legal) do plano de saúde que tenha cumprido o prazo de carências máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art.17. O recém-nascido, filho natural, adotivo, sob guarda ou tutela de beneficiário titular (pai, mãe ou responsável legal) do plano de saúde, que não tenha cumprido o prazo de carências máximo de 180 (cento e oitenta) dias, deverá ser inscrito no plano de assistência à saúde com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular.

Art. 18. A inscrição do recém-nascido, filho natural, adotivo, sob guarda ou tutela que ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do evento, deverá ocorrer com a exigência do cumprimento de todas as carências contratuais, bem como poderá ser alegada qualquer doença ou lesão preexistente, através da cobertura parcial temporária ou agravo.

DO FILHO ADOTIVO MENOR DE 12 (DOZE) ANOS, SOB GUARDA, TUTELA OU SUJA PATERNIDADE TENHA SIDO RECONHECIDA (JUDICIALMENTE OU EXTRAJUDICIALMENTE)

Art. 19. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, sob guarda, tutela ou ainda cuja paternidade tenha sido reconhecida (judicial ou extrajudicialmente), de beneficiário de plano de saúde, poderão ser inscritos com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular, seja ele pai ou mãe, desde que a inclusão seja feita em até 30 (trinta) dias contados a partir do evento, conforme o artigo 12, inciso VII da Lei 9.656/98 e Súmula 25 de 2012.

§ 1. A inscrição que ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do evento, deverá ocorrer com a exigência do cumprimento de todas as carências contratuais, bem como poderá ser alegada qualquer doença ou lesão preexistente, através da cobertura parcial temporária ou agravo.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 20. A UNIMED RECIFE cobrirá os custos, em conformidade com as condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos,

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS






previstos no Rol de Procedimentos da ANS e relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do art. 10 da Lei n. 9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto nas Resoluções **vigentes** e suas atualizações.

§ 1º Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no ROL de procedimentos e eventos em Saúde da ANS, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

§ 2º Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no ROL de procedimentos e eventos em Saúde da ANS, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

§ 3º. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT:

§ 4º - A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259, de 2011.

§ 5º. O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

Da Cobertura ao Transtorno Mental

a) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

b) A cobertura de psicoterapia respeitará o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado conforme indicação do médico assistente e Diretrizes Clínicas (DC).

c) A internação psiquiátrica se dará apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

d) Estão cobertas as internações em hospital-dia de acordo com as Diretrizes de Utilização determinadas pela legislação vigente;

e) Entende-se por hospital-dia o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, pautados em programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS 



convencional, proporcionando a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

f) Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Da Co – Participação em Saúde Mental

a) Só será aplicada Co-Participação às internações relacionadas ao Transtorno Mental, caso o contrato preveja co-participação para as demais especialidades.

b) Em havendo co-participação e ultrapassados o limite de 30 dias de internação estabelecido na Resolução Vigente, o Beneficiário ficará sujeito ao pagamento de 20% a título de co-participação de cada diária excedida.

c) O limite acima estabelecido será aplicado quando a internação ultrapassar 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência

DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

Art.21. O Segmento Ambulatorial compreende os seguintes atendimentos:

a) cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput desse artigo;

c) cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos vigentes;

d) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente/ cooperado e Diretrizes Clínicas;

e) cobertura de psicoterapia de acordo com número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente/ cooperado, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme item b) constante no tema Cobertura ao Transtorno Mental;

f) a cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente/ cooperado e Diretrizes Clínicas (DC);

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS

DS





g) cobertura das ações de planejamento familiar, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h) cobertura de atendimento caracterizados como de urgência e emergência, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

i) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente/ cooperado a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

j) cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

k) 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;

l) cobertura de radioterapia ambulatorial, conforme descrito no Rol de Procedimentos;

m) cobertura para procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial conforme Rol de Procedimento vigentes;

n) cobertura de hemoterapia ambulatorial;

o) cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos conforme Resolução vigente; e

p) Cobertura para procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas consequências, moléstias profissionais assim como os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, desde que constantes no ROL de procedimentos vigente na época do evento.

q) Cobertura de medicamentos antineopláticos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionado ao tratamento antineoplástico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

q.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

q.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

Vanessa Jungmann
ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Da Cobertura ao Planejamento Familiar

a) As ações de planejamento familiar devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos vigentes à época do evento, observando – se as seguintes definições:

I – 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;

II- 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;

III– 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

IV – 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.

V – concepção: Fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

VI – anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade.

DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

Art. 22. O Segmento Hospitalar compreende os seguintes atendimentos:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, nos planos sem cobertura obstétrica;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o 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;

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- f) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessário, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos nos contratos, em território brasileiro (artigo 12, II, alínea “e” Lei 9.656/98);
- g) cobertura de despesas de acompanhante, incluindo acomodação e alimentação, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico ou do cirurgião - dentista assistente;
- h) cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo Cirurgião-Dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico;
- i) cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde a complexidade a complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo Cirurgião-Dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

- Imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

j) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar :

- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida na legislação vigente e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS

DS





- Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento ;
- Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS, exceto fornecimento de medicação de manutenção

k) a cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

l) a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

m) cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e do transplante de Medula Óssea por método autólogo e alogênico, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

n) a cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de plano privado de assistência à saúde do beneficiário receptor, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico em todo período pós-operatório, que compreende não só o pós – operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia) exceto medicamentos de manutenção, e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;

o) O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente;

p) 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:

- 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

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULÇÃO E
 CONTRATOS

DS





- que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por esta Resolução Normativa, respeitando-se a segmentação contratada

q) Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos vigente.

r) Para fins de cobertura de órteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos Vigente;

II - o profissional médico ou dentista, requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III - em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA e

IV - o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

s) Ficará a critério do médico assistente/cooperado a garantia da assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência.

t) Estarão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT. 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 privados de assistência à saúde.

u) Cobertura assistencial para eventos procedimentos relacionados no ROL de procedimentos e eventos em saúde da ANS, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo único. Os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos no ROL de procedimentos e eventos em saúde da ANS, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULÇÃO E
 CONTRATOS



DS
 UJ



v) O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

x) Serão cobertos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, sendo respeitadas as segmentações contratadas;

- Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

y) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos vigente, de acordo com a segmentação contratada. As escopias listadas no Rol de Procedimentos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

DA SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

Art. 23. O Segmento Obstétrico compreende os seguintes atendimentos:

a) Toda a cobertura definida para a segmentação hospitalar descrita acima, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

b) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

c) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

d) É assegurada a inclusão para fins deste contrato a inscrição como dependente, do recém-nascido, filho natural ou adotivo, isento do máximo cumprimento dos períodos de carência e de DLP (doenças e Lesões Preexistentes), desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias após o parto ou adoção.

§ 1º. Para fins de cobertura do parto normal listado no ROL de Procedimentos e eventos em saúde da ANS, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



TEMA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 24. Em conformidade com o que prevê a Lei, as Resoluções, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos, estão excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimento, serviços ou procedimentos descritos neste contrato e os provenientes de:

a) **Tratamento Clínico ou cirúrgico experimentais, entendidos assim como aqueles que;**

I - empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

II - são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina -CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou

III – cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label)

b) **Procedimentos clínicos ou 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) **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;**

e) **Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**

f) **Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado os casos de internação domiciliar;**

g) **Fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico, entendendo-se como Prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e Órtese qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido e sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**

h) **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**

i) **Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS 



- j) Tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- k) Consultas e enfermagem domiciliares;
- l) Aplicação de Vacinas preventivas;
- m) Medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos de prontos-socorros ou ambulatórios;
- n) Necropsia, tratamentos com medicina alternativa, tais como: ortomoleculares;
- o) Aluguel de equipamento ortopédicos, hospitalar e similares;
- p) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- q) Implante (exceto os previstos em rol de procedimentos da ANS), e transplantes, (exceto os de córnea, rim e transplante de medula óssea previsto no Rol de procedimentos da ANS);
- r) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- s) Quaisquer medicamentos, próteses, órteses, materiais de qualquer natureza, necessários a realização da cirurgia, de origem estrangeira, exceto os nacionalizados, com certificação positiva na ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- t) O sistema de atendimento em "Home-Care", assim considerado o atendimento hospitalar feito na residência do beneficiário, com a colocação em seu endereço, dos aparelhos necessários ao seu atendimento;
- u) Cirurgias oftalmológicas de miopia abaixo de 05 (cinco) graus e Hipermetropia até 6 (seis) graus;
- v) Tratamento de varizes – esclerose.
- x) despesa com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), tais como materiais odontológicos e honorários, inclusive relacionadas com acidentes exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e procedimentos odontológicos passíveis de realização em ambulatório, ma que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- w) Investigação de paternidade, maternidade e consanguinidade.
- y) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 25. O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, com vigência à partir de sua assinatura e pagamento, respeitadas as carências expressamente contratadas, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de taxa adicional, podendo ser, a partir daí, denunciado pelas partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem qualquer ônus.

Art. 26. Para fins de aplicação do reajuste será considerada a data de início da assinatura do contrato.

Art. 27. A manutenção dos contratos coletivos celebrados com empresários individuais, nos termos da Resolução Normativa ANS 432/2017, serão analisados anualmente, na data do aniversário contratual para verificação da comprovação da regularidade cadastral junto à Receita Federal e outros órgãos competentes.

TEMA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 28. A **CONTRATADA** assegura, aos beneficiários titulares e dependentes, quando for o caso, regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia, e internações hospitalares, exclusivamente dentro dos recursos contratados.

Art. 29. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número inicial de participantes maior ou igual a 30 (trinta) beneficiários, não poderá haver cumprimento de carência, quando a inclusão do titular e seus dependentes, ocorrerem dentro do prazo de 30 (trinta) dias a partir da assinatura do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

Art. 30. Em havendo cumprimento de carência, estas serão aplicadas dentro dos limites abaixo:

I - 24 (vinte e quatro) horas, para atendimento de urgência/emergência;

II - 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames básicos de diagnósticos e terapia;

III - 180 (cento e oitenta) dias Exames especiais de diagnóstico e terapia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, cirurgias e internamentos clínicos e **parto de urgência e internação dele decorrente;**

IV - 300 (trezentos) dias para parto a termo.

Art. 31. Os prazos serão contados a partir da efetiva inscrição do titular e dos dependentes, regularmente inscritos, na proposta de adesão.

Art. 32. Mediante acordo firmado entre as partes, as carências poderão ser negociadas para prazos inferiores ao estipulado acima, e, constarão na proposta de admissão, parte integrante deste contrato.

Art. 33. Nos casos em que o plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial perca a condição prevista acima, ou seja, passe a possuir um número inferior a 30 (trinta) beneficiários, poderá a CONTRATADA impor cumprimento de prazos de carência para os novos aderentes, podendo incidir também a aplicação de Cobertura Parcial Temporária e Agravo para os casos de Doenças ou Lesões Preexistentes.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



TEMA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 34. Tratando-se de Plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários igual ou maior que 30 (trinta), desde que formalizem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE, não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Art. 35. O plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários menor que 30 (trinta), implicará na aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente

Art. 36. Em se tratando de contratação com número de beneficiários menor que 30 (trinta) o beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Art. 37. **Doenças ou Lesões Preexistentes** são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Art. 38. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Art. 39. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Art. 40. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

Art. 41. 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.

Art. 42. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 43. 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, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

Vanessa Jungmann
ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Art. 44. **Cobertura Parcial Temporária** - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Art. 45. **Agravo** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Art. 46. O oferecimento do agravo será facultativo e regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do agravo.

Art. 47. A CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Art. 48. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Art. 49. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

Art. 50. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 51. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98.

Art. 52. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Art.53. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

Art. 54. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

Vanessa Jungmann
ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Art. 55. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Art. 56. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Art. 57. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

Art. 58. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 59. Entende-se como urgência o evento resultante de acidente pessoal ou complicações no processo gestacional.

Art. 60. Entende-se como emergência o evento que implica no risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, mediante declaração do médico assistente.

Art. 61. É assegurado após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato o atendimento integral de acidente pessoal caracterizado como urgência.

Art. 62. É garantido a cobertura do atendimento de urgência e emergência nos casos de complicações do processo gestacional, quando em cumprimento de carência ou nos planos hospitalares sem obstetrícia, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (Art. 4º da Resolução CONSU nº 13/98).

Art. 63. É garantido a cobertura do atendimento de urgência e emergência aos beneficiários que estiverem em situação de carência ou cobertura parcial temporária, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (Arts. 3º e 6º da Resolução CONSU nº 13/98).

Art. 64. Quando for necessária para continuidade do atendimento de urgência e/ou emergência a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à contratada.

Art. 65. Após cumpridas as carências contratuais é assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para preservação da vida, órgãos e funções.

Vanessa Jungmann
ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Art. 66. A UNIMED RECIFE assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência a saúde, nos casos exclusivos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços pela rede credenciada, através do Sistema Unimed de Intercâmbio.

REMOÇÃO

Art. 67. Quando caracterizada pelo médico assistente/cooperado a falta de recursos oferecida pelo hospital e a necessidade de internação para continuidade da atenção ao paciente, o presente contrato garantirá cobertura da remoção inter-hospitalar, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato (Art. 12, inciso II, alínea “e”, da Lei 9.656/1998).

Art. 68. É garantido a remoção para a unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação, conforme determinado no art. 7º e seus parágrafos, da resolução CONSU nº 13/1998.

Art. 69. É garantido da remoção para a unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, conforme determinado no art. 7º e seus parágrafos, da resolução CONSU nº 13/1998.

Art. 70. Nos casos previstos nesta seção, quando não possa haver remoção, por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

Art. 71. Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

Art. 72. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

Art. 73. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida acima, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

REEMBOLSO

Art. 74. O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, em face de indisponibilidade ou inexistência de prestador na área de abrangência geográfica do contrato, conforme os artigos 4º, 5º e 6º da Resolução Normativa n. 259 de junho de 2011, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULÇÃO E
 CONTRATOS

ds
 VJ





Art. 75. O reembolso será efetuado de acordo com os valores das Tabelas de Referência praticada pela Contratada, vigentes à data do pagamento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos.

Art. 76. O reembolso será efetuado dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- a) O relatório do médico assistente onde somente poderá ser exigida tal declaração do médico assistente, nos casos de emergência, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Art. 77. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento.

Art. 78. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

TEMA IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 79. O presente contrato não possui modalidade de acesso a livre escolha de prestadores

TEMA X - MECANISMO DE REGULAÇÃO

Art. 80. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.

Art. 81. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários os serviços médicos-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previsto neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:

a) consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados das Cooperativas médicas, cuja relação será entregue ao CONTRATANTE.

b) atendimentos clínico, cirúrgico e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados e constantes do Guia de Serviço de Saúde.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente e constante do Guia de Serviço de Saúde.

Art. 82. O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

Art. 83. Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação, quando a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação emitida pelo médico assistente.

Art. 84. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, dentro do prazo de dois dias úteis, deverá comunicar a Contratada do serviço utilizado.

Art. 85. O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida.

Art. 86. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação do médico assistente devidamente justificada.

Art. 87. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

Art. 88. Fica garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de um dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

Art. 89. Será distribuído ao beneficiário o GUIA MÉDICO, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços. As atualizações do guia médico estará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento e na internet.

Art. 90. Devendo entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão de processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

Art. 91. Considerando a diferenciação de preços deste plano, o atendimento médico, ambulatorial, laboratorial e hospitalar, fica restrito aos médicos, serviços ambulatoriais, laboratórios, e hospitais, que constem da relação entregue ao beneficiário, ficando o reembolso em caso de atendimento de urgência e emergência que não possam ser feitos por estes profissionais, limitados a valores correspondentes aos que seriam devidos da forma deste contrato, aferido através da tabela de referência.

Vanessa Jungmann
ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Art. 92. A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que:

- a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a 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) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- c) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

Art. 93. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a CONTRATADA solicitará a ANS autorização expressa.

Art. 94. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, serão realizados pelos serviços próprios ou credenciados da Operadora, não havendo restrição quanto ao solicitante, desde que os procedimentos e demais serviços solicitados estejam nos limites da cobertura contratada.

Art. 95. Nas hipóteses em que o beneficiário CONTRATANTE optar pela realização de consulta(s) eletiva(s) com médico assistente que não fizer parte da Cooperativa CONTRATADA ou cirurgião dentista não credenciado, o mesmo assumirá a responsabilidade pelo pagamento dos honorários médicos do respectivo profissional. O mesmo procedimento deverá ser adotado nos casos em que o beneficiário CONTRATANTE optar em realizar cirurgia(s) com médico assistente que não fizer parte da Cooperativa CONTRATADA ou cirurgião dentista não credenciado.

DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 96. O beneficiário deverá requerer a emissão de autorização prévia de todos os atendimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares à exceção das consultas e dos seguintes exames básicos: análises clínicas, citopatologia (exceto biopsia de congelamento), eletrocardiograma simples, eletroencefalograma simples, endoscopia diagnóstica, exames radiológicos não contrastados, exames e testes alergológicos, biopsia do colo uterino, citologia oncótica colposcopia, excisão de pólipos uterino, eletrocauterização e cauterização química do colo uterino, Biopsia de Vulva, Vulvoscopia, Exereses de cisto vaginal, Excisão de Pólipo Cervical, Eletroencefalograma simples, teste alérgicos, Raio X, exceto os que necessitam de contratante e o panorâmico, teste e exercício ortóptico, histopatológico, anatomia patológica, mamografia convencional, Endoscopia Digestiva alta com Biopsia exceto com o uso de anestesia, Mielograma, Retosigmoidoscopia, Penioscopia, Fundoscopia, Exame de utilidade ocular,

Art. 97. A autorização poderá ser obtida na sede da Unimed Recife ou através do SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) identificados no Guia Médico.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



Art.98. Os procedimentos relacionados a transplantes, colocação de prótese e órtese, cirurgias neurológicas e cirurgias relacionadas à mama terão tratamento especial, sendo submetido à apreciação do Comitê Técnico no sentido de avaliação e aplicação em cada caso concreto.

DO MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE E DO GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

Art. 99. Em conformidade com o disposto na RN 195/2009 na contratação e adesão de beneficiários a este plano de saúde será entregue aos beneficiários o Manual de Orientação para Contração de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E DA MENSALIDADE

Art. 100. O plano contratado será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 100/05.

Art. 101. Por ser um plano coletivo empresarial **exclusivo para inativos** o pagamento da contraprestação pecuniária será de **responsabilidade dos beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados** (Artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e RN 279/12) optantes pela manutenção do plano a que pertencia(m) quando da vigência de seu contrato de trabalho, que receberão boletos individuais.

Art. 102. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Art. 103. **O beneficiário inativo** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, os valores relacionados na proposta inicial, na data do vencimento do boleto, sob pena de ocorrer impropriedade no pagamento da mensalidade, resultando na cobrança de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

Art. 104. As mensalidades e os eventuais valores relativos as despesas serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na **Proposta de Admissão**.

Art. 105. No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do plano, nos termos deste contrato, será remetido boleto único de cobrança ao titular, com vencimento no mesmo dia previsto do pagamento da mensalidade da CONTRATANTE (art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e RN 279).

Art. 106. Os preços das mensalidades definidos foram delimitados adotando-se estritamente os custos dos serviços expressamente contidos no mesmo.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



Art. 107. Se o **CONTRATANTE** não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na **CONTRATADA** para que não se sujeite as conseqüências da mora.

Art. 108. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 109. Caberá a empresa **CONTRATANTE** juntamente com a **CONTRATADA** informarem aos Beneficiários titulares e dependentes, recebedores de boletos individuais de pagamento, por conta do benefício de manutenção do plano tratados nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, bem como aqueles beneficiários possuidores de vínculo empregatício de natureza jurídica estatutária, também recebedores de boletos individuais de pagamento, que o atraso na mensalidade pelo período de 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, após notificação prévia até quinquagésimo dia, incidirá na rescisão contratual.

TEMA XII – REAJUSTE

Do reajuste destinado aos contratos exclusivos com beneficiários Inativos:

Art. 110. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IGPM previsto em todos os contratos da carteira de planos privados de assistência à saúde exclusivos de ex-empregados. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos após data de sua assinatura.

Art.111. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos de ex-empregados, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos seguintes termos:

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira de planos exclusivos de ex-empregados ultrapassar a meta de sinistralidade (sm), fixada em 0,75% (zero setenta e cinco centésimos), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira de planos exclusivos de ex-empregados, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

b) Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S/Sm) - 1$$

S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos exclusivos de ex-empregados; e

Sm - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados.

c) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

Art.112. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no artigo 105 , será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



Art.113. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

Art.114. Para fins da apuração do reajuste anual no valor das mensalidades e das tabelas de preços para novas adesões, a carteira de planos exclusivos de ex-empregados da operadora é tratada de forma unificada, sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

Art.115. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre os contratos que integram a carteira de planos exclusivos de ex-empregados, em um mesmo mês.

Art.116. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre beneficiários no presente contrato.

Art. 117. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9656, de 1998.

Art. 118. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e divulgados no Portal Corporativo da operadora na Internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor.

TEMA XIII - FAIXAS ETÁRIAS

Art. 119. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

Art. 120. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Art. 121. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados a seguir:

Faixa Etária	Coletivo Empresarial (enfermaria)
0-18	0%
19-23	13,06%
24-28	42,33%
29-33	6,42%
34-38	8,83%
39-43	23,29%
44-48	15,93%
49-53	29,13%
54-58	34,85%
>59	28,98%

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



Art. 122. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos, de acordo com a Lei 10.741/2003 - Estatuto do Idoso, e a Resolução ANS/ nº 63/2003, estão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

Art. 123. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária (Art. 3º da RN nº 63/03).

Art. 124. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Art. 125. Os reajustes por mudança de faixa etária ficarão sem efeito, sempre que as partes negociarem preços da forma de *per capita* médio, assim definidos na proposta comercial, que faz parte integrante deste contrato.

TEMA XIV – BONUS E DESCONTOS

Art. 126. Este contrato não possui modalidade de bônus e/ou descontos.

TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

Art. 127. A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATADA o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

Art. 128. O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Art. 129. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

Art. 130. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE REGULÇÃO E CONTRATOS 



Art. 131. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

Art. 132. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

Art. 133. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

Art. 134. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

Art. 135. A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
- c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

Art. 136. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

Art. 137. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

Vanessa Jungmann
ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

Art. 138. No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Art. 139. Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

TEMA XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 140. Caberá **exclusivamente** à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano.

Art. 141. A UNIMED RECIFE somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

- fraude
- por perda dos vínculos do beneficiário titular com a CONTRATANTE, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

Art. 142. Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Titular:

- 1) quando o CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
- 2) quando perder o vínculo com a CONTRATANTE, ressalvadas as hipóteses de aposentadoria e demissão sem justa causa, desde que previstos em regulamento ou contrato;
- 3) quando vier a falecer, após a comunicação do fato à CONTRATADA pela CONTRATANTE;
- 4) em caso de inadimplência, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular realizada pela CONTRATANTE, que se dará até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias;
- 5) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

Art. 143. Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente:

- 1) quando o CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS

ds



- 2) quando o Beneficiário Titular for excluído do Plano;
- 3) quando o Beneficiário Dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, justificadoras de sua inclusão no plano;
- 4) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

Art. 144. A extinção do vínculo ocorrida por fraude ou dolo não desobriga o Beneficiário Titular e / ou da pessoa jurídica CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha dado causa, diretamente ou por intermédio de seus Dependentes.

TEMA XVII - RESCISÃO / SUSPENSÃO

Art. 145. As **PARTES** poderão suspender ou rescindir unilateralmente o Contrato nos casos de:

I- Fraude

II - Descumprimento das partes das cláusulas e condições deste Contrato.

Art. 146. Será considerado rescindindo este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 147. A rescisão por inadimplemento de obrigações contratuais será precedida de notificação, com prazo mínimo de 10 (dez) dias da efetivação de medidas, permitindo-se a **CONTRATANTE**, nesse prazo, a regularização de sua situação perante à **CONTRATADA**.

Art. 148. Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente contrato, só poderá fazê-lo após o período mínimo contratual de 12 (doze) meses de vigência, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias.

Art. 149. Caberá a **CONTRATADA** a rescisão contratual antes da vigência mínima de 12 (doze) meses nos casos de:

I- Fraude; e

II – Inadimplência por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não.

Art. 150. Caso ocorra rescisão imotivada por qualquer das partes contratantes, antes do período mínimo de vigência contratual de 12 (doze) meses não haverá incidência de multa .

Art. 151. Não será admitido inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



Art. 152. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de **60 (sessenta)** dias mencionado no item anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do **CONTRATANTE**.

Art. 153. A suspensão do Contrato se dará após 30 dias de inadimplência seguido da devida notificação prévia.

Art. 154. A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar do beneficiário titular, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado a ele e seus dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

Art. 155. A **CONTRATADA** garantirá o oferecimento de planos em modalidade individual/ familiar aos beneficiários participantes do contrato coletivo, em caso de cancelamento, com aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, de acordo com tabela de vendas vigente à época da nova adesão.

Art. 156. A adesão dos beneficiários deverá ser realizada em período máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da rescisão do contrato coletivo.

Dos contratos celebrados com empresário individual (Resolução Normativa ANS 432/2017)

Art. 157. Após verificação anual, na data do aniversário contratual, caso seja constatada a ilegitimidade da CONTRATANTE para permanecer como contratante de plano coletivo para empresário individual, a CONTRATADA rescindir o contrato, mediante envio de notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, período em que poderão ser apresentados documentos que comprovem a regularidade cadastral perante os órgãos competentes, para assim promover a manutenção contratual.

Art. 158. Em caso de inadimplência das contraprestações pecuniárias (faturas e/ou coparticipações) por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, A CONTRATADA poderá suspender e/ou rescindir o presente contrato, a qualquer tempo, mediante comunicação prévia, na qual constará prazo para a quitação das parcelas vencidas e data da suspensão e/ou rescisão em caso de não pagamento.

Art. 159. Além das hipóteses já previstas, poderá ainda ser rescindido o presente contrato, mediante comunicação prévia ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, no mês de aniversário do contrato, caso:

- I – qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;**
- II – se verifique a ausência de beneficiários inscritos no contrato; e**
- III- nas hipóteses de fraude contratual.**

Art. 160. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do aviso prévio, caso concretizada a rescisão, correndo as despesas a partir daí por conta do **CONTRATANTE**.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



TEMA XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 161. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos tem privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 162. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da **CONTRATADA**, **O CONTRATANTE** deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração.

Art. 163. Ocorrendo a perda ou extravio do **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO** ou de outros documentos, o beneficiário titular obriga-se a comunicar em 48 (quarenta e oito) horas, por escrito, o fato à **CONTRATADA**.

Art. 164. Será cobrado o valor de R\$5,00 (Cinco reais), reajustável anualmente pelo mesmo índice aplicável ao contrato, por emissão de segunda via do cartão de Identificação da operadora, para fim de ressarcimento de custos. As renovações dos cartões vencidos não serão cobradas.

Art. 165. **O CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, mesmo em caso excepcional de atendimento por outras cooperativas integrantes do Sistema UNIMED.

Art. 166. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 167. **O CONTRATANTE**, por si e pelos dependentes e agregados, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Art. 168. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Art. 169. É parte integrante deste contrato a proposta nº 05738/2022.

Art. 170. Declara a **CONTRATANTE** que foi oferecido ao mesmo, quando da comercialização deste produto, o Plano de Referência, que lhe faculta coberturas iguais a este contrato, acrescentando-se o atendimento de urgência e emergência com 24 (vinte e quatro) horas de carência, conforme Resolução nº 13/98 do CONSU, sendo que, de forma expressa anuiu em não escolher o aludido plano.

Art. 171. Considera-se má-fé contratual, a declaração negativa de doenças preexistentes, que forem comprovadamente reconhecidas como existentes ao tempo de contratação.

Art. 172. As pendências financeiras, tais como, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, serão realizadas por vias próprias da OPERADORA.

Art. 173. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços

Vanessa Jungmann
ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos Médicos Vigente e no contrato.

Art. 174. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário; rescisão, resolução ou rescisão do presente.

Da proteção de dados pessoais

Art. 175. Durante a vigência deste Contrato, as Partes observarão as disposições abaixo sobre de Proteção de Dados Pessoais, no que diz respeito à preservação da privacidade e proteção de dados pessoais, em caso de conflito, prevalecerá perante os demais termos do presente Contrato.

Art. 176. A CONTRATADA, na qualidade de Controladora/Co-controladora dos dados pessoais, no âmbito deste Contrato, cumpre e continuará a cumprir suas obrigações decorrentes das leis e normas aplicáveis, nacionais e internacionais, versando sobre preservação da privacidade e proteção de dados pessoais, especialmente a Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados"), a Lei nº 12.965/2014 ("Marco Civil da Internet") e o Decreto nº 8.771/2016.

Art. 177. As PARTES deverão manter um Programa de Governança em Proteção de Dados Pessoais, contemplando dispositivos sobre proteção de dados pessoais, medidas administrativas, técnicas e físicas razoáveis concebidas para assegurar e proteger a confidencialidade, integridade e disponibilidade de todas as Informações Confidenciais e demais informações que possam identificar, direta ou indiretamente, uma pessoa física, quando em posse das PARTES, contra acesso não-autorizado, ilícito ou acidental, divulgação, transferência, destruição, perda ou alteração.

Art. 178. Para os fins deste contrato no tocante a Lei Geral de Proteção de Dados são considerados:

"DADOS PESSOAIS": qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("TITULAR ou TITULAR DOS DADOS"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular;

"REPRESENTANTE DO TITULAR DOS DADOS": Representante legal ou, ao menos, um dos pais, para a coleta de consentimento quando ocorrer o tratamento de dados pessoais de criança.

"CRIANÇA": Em observância ao artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos.

"TRATAMENTO": qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta,

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS 



a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

"CONTROLADOR": parte que determina as finalidades e os meios de tratamento de dados pessoais. No caso do presente contrato, o CONTROLADOR é tanto a UNIMED RECIFE quanto a Empresa, doravante designadas, em conjunto, CONTROLADORES;

"OPERADOR": parte que trata dados pessoais de acordo com as instruções do CONTROLADOR. No caso do presente contrato, o OPERADOR trata-se de terceiro que poderá ser indicado por um dos controladores, respeitando-se as regras deste Aditivo.

Art. 179. Em decorrência do presente contrato a CONTRATANTE, quando na qualidade de CONTROLADORA, compartilha os seguintes tipos de dados com a CONTRATADA:

- a) Dados cadastrais de proponentes ao benefício saúde que se qualifiquem como colaboradores da Empresa e seus dependentes. São tratados e compartilhados dados como: nome, gênero, estado civil, data de nascimento, RG, CPF, endereço residencial, número do cartão nacional de saúde, nome da mãe, local de nascimento, assinatura, foto em cópia de documentos de identificação, todos para finalidade de identificação dos titulares proponentes. Tais dados serão armazenados pela CONTRATADA enquanto durar o Contrato; enquanto o titular permanecer como beneficiário; durante o período necessários para o exercício regular de direitos pela CONTRATADA; e pelo período necessário ao cumprimento de obrigações legais e regulatórias.

Art.180. Em decorrência do presente contrato, a CONTRATADA, quando na qualidade de CONTROLADORA, trata os seguintes tipos de dados:

- a) Nome, local de trabalho, e telefone comercial do proponente e nome de seus dependentes, com a finalidade de identificá-lo(s) na Declaração de Saúde vinculada à proposta da CONTRATANTE perante a CONTRATADA, além de dados pessoais sensíveis relativos à saúde compreendendo doenças e lesões pré-existentes, peso, altura e índice de massa corporal (IMC) do proponente e seus dependentes, datas de eventos vinculados a doenças e lesões pré-existentes, autorização expressa para coleta de dados e informações adicionais perante o próprio proponente ou perante outras entidades de saúde, tudo com a finalidade de verificar a necessidade de aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) do Beneficiário em cumprimento a obrigações legais e regulatória, sem compartilhamento, ficando tais dados armazenados durante a vigência do Contrato; enquanto o titular permanecer como beneficiário; durante o período necessários para o exercício regular de direitos pela CONTRATADA; e pelo período necessário ao cumprimento de obrigações legais e regulatórias;
- b) Dados de identificação dos Beneficiários tais como nome, RG, CPF, endereço residencial, número da carteira de saúde, tipo de plano de saúde quando utilizados com a finalidade de autenticação dos beneficiários perante a rede assistencial própria ou credenciada da CONTRATADA, os quais podem ser compartilhados com a rede credenciada para o mesmo objetivo de autenticação e para aprovação de procedimentos, todos necessários ao cumprimento do Contrato;
- c) Dados sensíveis relativos à saúde, genéticos ou biométricos, quando do atendimento dos beneficiários na rede assistencial própria ou credenciada da CONTRATADA, utilizados com o objetivo de tutela da saúde do paciente, os quais poderão também ser utilizados para aprovação/comprovação de procedimentos

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS






assistenciais e respectivos pagamentos, poderão ser compartilhados com entidades da administração pública para fins de cumprimento de obrigação legal/regulatória e poderão vir a ser compartilhados com profissionais de saúde indicados pela Empresa apenas para fins exclusivos de auditoria médica, resguardadas as obrigações de sigilo profissional além de outras previstas em normas regulamentares. Tais dados serão armazenados enquanto durar o Contrato; enquanto o titular permanecer como beneficiário; durante o período necessários para o exercício regular de direitos pela CONTRATADA; e pelo período necessário ao cumprimento de obrigações legais e regulatórias;

- d) Dados de identificação dos Beneficiários tais como nome, RG, CPF, número da carteira de saúde, tipo de plano de saúde quando utilizados com a finalidade de pré-autorização de algum procedimento médico ou exame a ser realizado com o beneficiário, incluindo possíveis dados sensíveis relativos à saúde como requisições médicas dispendo a respeito do estado de saúde do Beneficiário, cópias de exames, laudos médicos, dentre outras informações relativas à saúde do Beneficiário com a finalidade específica de verificar as condições contratuais de autorização dos procedimento pretendido, sem compartilhamento com terceiros, dados sensíveis estes cujo tratamento decorre do exercício regular de direitos, inclusive em contratos.

Art. 181. As PARTES declaram, por este instrumento, que cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados pessoais, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.

Art. 182. As PARTES se comprometem a tratar os dados pessoais relacionados ao objeto do Contrato somente nos estritos limites aqui previstos. Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos neste Contrato, as Partes deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

Art. 183. Durante o armazenamento de dados pessoais, As PARTES, quando na qualidade de CONTROLADORAS, respeitarão, no mínimo, os seguintes padrões de segurança:

- O estabelecimento de controle estrito sobre o acesso aos dados pessoais mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acesso e de privilégios de acesso exclusivo para determinados responsáveis;
- O estabelecimento de mecanismos de autenticação de acesso aos registros, usando, por exemplo, sistemas de autenticação dupla para assegurar a individualização do responsável pelo tratamento dos registros;
- A criação de inventário detalhado dos acessos aos registros de conexão e de acesso a aplicações, contendo o momento, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso designado pela CONTRATANTE e o arquivo acessado, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades; e
- Uso de soluções de gestão dos registros por meio de técnicas que garantam a inviolabilidade dos dados pessoais, como encriptação.

Art. 184. As PARTES deverão manter registro formal das seguintes informações:

- Registro de todas as atividades de tratamento que pratica;

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



- b) Registro das transferências internacionais de dados pessoais a países terceiros, incluindo a informação sobre o país/organização de destino, e no caso das transferências indicadas no artigo 33 da Lei Geral de Proteção de Dados, a documentação que comprove a adequação das garantias necessárias
- c) Descrição geral das medidas técnicas e organizacionais de segurança que garantam a:
 - c.1. Pseudonimização e encriptação dos dados pessoais, sempre que aplicável;
 - c.2. Confidencialidade, disponibilidade, integridade e resiliência dos sistemas;
 - c.3. Capacidade de restaurar a disponibilidade e o acesso aos dados pessoais, nos termos dos prazos legais e razoáveis ao atendimento dos serviços;
 - c.4. Existência de processo de verificação contínua de medidas técnicas e organizacionais relativas à segurança do tratamento de dados pessoais.

Art. 185. AS PARTES deverão manter sigilo em relação aos dados pessoais tratados em virtude deste contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratar tais dados estejam comprometidas, de forma expressa e por escrito, sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para o tratamento de dados pessoais.

Art. 186. A CONTRATANTE Deverá auxiliar a CONTRATADA a realizar avaliações de risco e impacto. Além disto as partes deverão prestar auxílio mútuo para garantir o exercício dos seguintes direitos por parte dos TITULARES:

- a) Confirmação da existência de tratamento;
- b) Acesso aos dados;
- c) Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;
- e) Portabilidade dos dados;
- f) Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento, quando aplicável;
- g) Informação sobre entidades públicas e privadas com as quais foi realizado uso compartilhado de dados;
- h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa;
- i) Revogação do consentimento;
- j) Revisão de decisões automatizadas tomadas com base no tratamento de dados pessoais.

Art.187. Sem prejuízo do auxílio previsto no item 8, a Empresa deverá comunicar a CONTRATADA caso receba alguma requisição referente aos direitos previstos na CLÁUSULA 1.8 "f", "h", "i" e "j". Tal comunicação deverá ocorrer de imediato pelo endereço de e-mail protecao.dados@unimedrecife.com.br ou, no limite, no dia útil seguinte.

Art. 188. As PARTES expressamente se comprometem a tratar os dados pessoais sensíveis que lhe forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o beneficiário em estrita observância das regras específicas previstas na Lei nº 13.709/2018 ("LGPD")

Art. 189. As PARTES se comprometem a tratar os dados pessoais de crianças e adolescentes - observadas as conceituações previstas no artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente - sempre em seu melhor interesse, colhendo, quando aplicável o consentimento de, ao menos, um dos pais ou responsável legal, em observância ao disposto no artigo 14 da Lei nº 13.709/2018 ("LGPD").

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



Art.190. Sem prejuízo do disposto nas cláusulas anteriores, a CONTRATANTE ou a CONTRATADA, conforme o caso, será a única responsável, independentemente da necessidade de comprovação de culpa, por eventual acesso indevido, não autorizado e do vazamento ou perda dos dados pessoais relativos ao tratamento de sua responsabilidade descrito nos itens 1 e 2.

- a) Caso a qualquer das PARTES seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de vazamento de dados que estavam sob responsabilidade da contraparte, fica garantido à parte lesada o direito de chamamento ao processo, ou denúncia à lide, nos termos do Código de Processo Civil.
- b) Em caso de incidente de acesso indevido, não autorizado e do vazamento ou perda de dados cujo tratamento é de responsabilidade de uma das Partes, independentemente do motivo que o tenha ocasionado, deverá ela enviar comunicação à contraparte por escrito, certificando-se do recebimento, imediatamente a partir da ciência do vazamento, contendo, no mínimo, as seguintes informações: (i) data e hora do incidente; (ii) data e hora da ciência pela Empresa; (iii) relação dos tipos de dados afetados pelo incidente; (iv) número de TITULARES afetados; (v) relação de TITULARES vinculados à contraparte e afetados pelo vazamento; (vi) dados de contato do Encarregado de Proteção de Dados (DPO) ou outra pessoa junto à qual seja possível obter maiores informações sobre o ocorrido; (vii) descrição das possíveis consequências do acidente; e (viii) indicação de medidas que estiverem sendo tomadas para reparar o dano e evitar novos incidentes. Caso a parte responsável não disponha de todas as informações ora elencadas no momento de envio da comunicação, deverá enviá-las de forma gradual, garantindo a maior celeridade possível, sendo certo que a comunicação completa (com todas as informações indicadas) deve ser enviada no prazo máximo de 24 horas a partir da ciência do incidente.

Art. 191. A CONTRATANTE disponibiliza toda documentação necessária para demonstrar o cumprimento às obrigações estabelecidas neste contrato ou na legislação de proteção de dados aplicável, sendo facultado à CONTRATADA a realização de auditorias, mediante a contratação de empresa terceira ou não, em período previamente combinado entre as partes. Fica garantido à CONTRATADA o direito à realização de pelo menos uma auditoria semestral nos sistemas da CONTRATANTE, com o objetivo de verificar medidas e controles de segurança da informação e adequação do tratamento de dados pessoais ao objeto e às obrigações do presente contrato.

Art. 192. O presente contrato não autoriza as Partes, quando atuarem como CO-CONTROLADORES, a contratarem OPERADOR, em todo ou em parte, para o exercício de qualquer atividade de tratamento de dados relacionada com os dados pessoais objeto deste Contrato, **exceto os serviços auxiliares necessários para o normal funcionamento dos serviços dos seus serviços.**

- a) Caso haja necessidade de contratar outras empresas, deverá o CONTROLADOR em garantir transparência do outro CONTROLADOR, indicando exatamente os tipos de tratamentos e dados pessoais afetados pela contratação;
- b) Para todos os efeitos, o terceiro contratado será considerado OPERADOR, estando obrigado a, no mínimo, cumprir as obrigações estabelecidas no presente contrato. Cabe ao CONTROLADOR que o contratou garantir que o terceiro contratado estará sujeito às mesmas obrigações deste contrato, sendo inclusive, responsável pelas atividades de tratamento de dados pessoais exercidas pelo terceiro contratado.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



Art. 193. Ao término da relação entre as partes e/ou quando a CONTRATADA assim solicitar, mediante eventual solicitação do Titular, deverá a Empresa eliminar, corrigir, anonimizar e/ou bloquear o acesso aos dados pessoais, em caráter definitivo ou não, a critério da CONTRATADA, que tiverem sido tratados em decorrência do CONTRATO, estendendo-se a eventuais cópias, salvo mediante instrução diversa da CONTRATADA na ocasião oportuna.

Art. 194. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I – **CONTRATANTE:** é a pessoa jurídica (qualificada na proposta em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os associados mencionados no objeto do presente contrato.

II - **CONTRATADA:** é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano Unimed ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada unicamente para este plano Unimed.

III - **PROPOSTA:** é o documento validado pela Contratada, preenchido pelo Contratante, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

IV - **A CONFIDENCIALIDADE:** A CONTRATADA deverá guardar e zelar pelo sigilo das informações, provas documentais e elementos fáticos norteadores do direito da mesma, comprometendo-se, ainda, a não repassá-la a terceiros, em qualquer hipótese, respondendo, também, seus prepostos civis e criminalmente pelo descumprimento desta cláusula.

A CONTRATADA declara expressamente e reconhece que as informações e os dados relacionados à prestação dos serviços pertencem exclusivamente à CONTRATANTE, não podem e não serão revelados a quaisquer pessoas que não estejam envolvidos na prestação dos serviços e não serão usados fora do escopo deste contrato.

V- **DA RESPONSABILIDADE SOCIAL:** As partes se comprometem:

- a) Respeitar a legislação atual, que proíbe o trabalho de crianças e adolescentes com menos de 16 anos, exceto na condição de aprendiz, a partir de 14 anos;
- b) Desenvolver esforços para redução, reutilização e reciclagem de materiais e recursos, tais como energia, água, produtos tóxicos e matérias primas, buscando ainda a implantação de processos de destinação adequada de resíduos;
- c) Oferecer condições que não sejam prejudiciais ao desenvolvimento físico, psíquico, moral e social de seus profissionais;
- d) Cumprir obrigações fiscais, tributárias, trabalhistas e previdência.

Vanessa Jungmann
ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





VI- ANTICORRUPÇÃO: Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto através de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção sob as leis de qualquer país, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma que não relacionada a este contrato, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

Art. 195. Também são assim definidos:

I - ACIDENTE PESSOAL: é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

II - AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano, decorrente da aceitação de inclusão de tratamento doenças pré-existentes e que elide a possibilidade de se omitir atendimentos no período legalmente permitido de 24 meses.

III - ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório (porte anestésico zero), sem necessidade de internação hospitalar, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

IV – BENEFICIÁRIO: é a pessoa física, formalmente vinculada ao Contrato, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, seus respectivos dependentes ou ainda, agregados.

V - BENEFÍCIO: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato.

VI - CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

VII - CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários não têm direito, total ou parcial, às coberturas contratadas.

VIII - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

IX - CERTIFICADO CONTRATUAL: é o documento que, juntamente com o Cartão Individual de Identificação, comprova a contratação do plano de assistência à saúde.

X - CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

XI - CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Contratante se obriga a pagar à Contratada.

XII - COBERTURA: é a cláusula contratada, que o usuário tem direito.

XIII - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado, a suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões pré-existentes, assim caracterizadas pela ANS.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



XIV - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

XV - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é o órgão vinculado ao Ministério da Saúde que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

XVI - CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.

XVII - CONTRATO INDIVIDUAL: é aquele oferecido para livre adesão de usuários, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

XVIII - CONTRATO FAMILIAR: é aquele em que é facultado ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

XIX - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado ou companheiro.

XX - DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

XXI - DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes até a data de inclusão no plano.

XXII - ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

XXIII - EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

XXIV - EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.

XXV - EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

São considerados **EXAMES BÁSICOS** de diagnóstico e terapia: 1) análises clínicas; 2) histocitopatologia; 3) eletrocardiograma convencional; 4) eletroencefalograma convencional; 5) exames radiológicos simples sem contraste. São considerados **EXAMES ESPECIAIS** de diagnóstico e terapia: 1) Angiografia; 2) Angioplastia 3) Arteriografia; 4) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; 5) Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido 6) Eletrocardiografia Dinâmica (Holter), 7) Endoscopia diagnóstica e cirúrgica 8) ultrasonografia; 9) tomografia computadorizada; 10) ressonância nuclear magnética; 11) medicina nuclear; 12) densitometria óssea; 13) laparoscopia diagnóstica; 14) monitorização ambulatorial de pressão arterial; 15) litotripsia; 16) radiologia com contraste e intervencionista; 17) cineangiocoronariografia e videolaringostroboscopia computadorizada; 18) videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; 19) oxigenoterapia hiperbárica; 20) exames e testes alergológicos, 21) Exames e testes oftalmológicos; 22) exames e testes otorrinolaringológicos; 23) eletromiografia; 25) eletroneuromiografia; 24) Prova de função Pulmonar; 25) Inaloterapia; 26) Teste Ergométrico; 27) Exames Genéticos . **São também considerados procedimentos especiais a quimioterapia, a radioterapia, a diálise e a hemodiálise.**

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





XXVI - GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

XXVII - HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

XXVIII - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um usuário no plano, após as formalidades legais de contratação.

XXIX - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

XXX - MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

XXXI - MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.

XXXII - ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

XXXIII - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXIV - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.

XXXV - PLANO BÁSICO: Plano de coberturas com internação em quarto coletivo ou enfermaria.

XXXVI - PLANO ESPECIAL: Plano de coberturas com internação em quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante de acordo com a disponibilidade do hospital.

XXXVII - PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

XXXVIII - PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.

XXXIX - PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

XL - RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar constantes do Plano adquirido, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.

XLI - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo ANS através de atos administrativos legalmente previstos, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e o plano referência).

XLII - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.

XLIII - TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.

XLIV - UNIMED RECIFE é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

XLV - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS






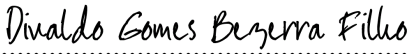
XLVI – PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE – são os procedimentos adotados em relação definida pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, referentes a atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, que sofrerão carência de 24 (vinte e quatro) meses para cobertura pelo contrato.

TEMA XIX - ELEIÇÃO DO FORO

Art. 196. Fica eleito o foro do domicílio da **CONTRATANTE**, para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Recife, 01 de Novembro de 2022.


DocuSigned by:

 9FB03BB47E72461...
 UNIMED RECIFE – Cooperativa de Trabalho Médico
 Dra. Maria de Lourdes C. de Araújo
 Diretora-Presidente


DocuSigned by:

 36AC010CAB8B400...
 UNIMED RECIFE – Cooperativa de Trabalho Médico
 Dr. Divaldo Gomes Bezerra Filho
 Diretor-Tesoureiro

DocuSigned by:

 181AF73106564E0...
 Hospital do Tricentenário.
 Sr.(a). Gil Mendonça Brasileiro
 Representante Legal

TESTEMUNHAS

DocuSigned by:

 557A748D4406480...
 NOME Angela Canejo
 RG 5.605.451 SSP/PE

DocuSigned by:

 A50B0D236B3B4C8...
 NOME Geraldo Dantas
 RG 5438003 SDS/PE

DocuSigned by:

 494D1EA879E8451...
 NOME Késia Almeida Lima
 RG 3484558

NOME
 RG

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 

DS




Recife, 13 de Outubro de 2022.
DC. PROP. N.º 05738/2022

À HOSPITAL DO TRICENTENARIO

Prezados(as) Senhores(as),

Estamos apresentando para sua análise e apreciação nossa proposta comercial para prestação de serviços médicos, hospitalares e serviços complementares de diagnóstico e terapia, com a qualidade e a experiência de quem está há 50 anos no mercado cuidando da saúde de mais de 200 mil beneficiários satisfeitos.

A UNIMED RECIFE, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n.º 34.488-5 é uma cooperativa de trabalho médico, criada e dirigida por médicos, cujo maior escopo é a preservação da saúde de todos aqueles que a ela se associarem.

Contando com mais de 115 mil médicos cooperados, distribuídos por mais de 350 Unimeds singulares, presentes em mais de 4 mil municípios brasileiros, é indiscutivelmente a maior entidade prestadora de serviços médicos do país.

A proposta ora apresentada foi estabelecida de acordo com a Lei Federal 9656/98, bem como suas posteriores atualizações, que regulamenta os planos e seguros de assistência à saúde.

O produto oferecido denomina-se **UNIREDE RECIFE - CE - BASICO - COM OBST**, com registro na ANS – Agência Nacional de Saúde número **482.375/19-3**. Possui abrangência **Municipal (urgência/emergência Estadual em PE)**, coberturas ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tendo ainda acomodação em **Enfermaria**.

O objetivo da contratação é assegurar a prestação de serviços e coberturas assistenciais médicas, ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, diagnóstico e terapia, visando à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento, bem como a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS, vigente à época do evento.

A UNIMED RECIFE assegura atendimento diferenciado, pois seus colaboradores e dependentes serão atendidos pelos próprios donos, em ampla rede de hospitais e clínicas credenciadas, distribuídas de maneira estratégica, além de uma excelente rede de serviços próprios, com alta qualidade.

Unimed Recife - Cooperativa de Trabalho Médico ANS nº 344885 Centro Administrativo - CNPJ: 11.214.624/0001-28 Av. Lins Petitt, 140, Ilha do Leite - Recife - PE, CEP 50.070-230 Call Center 81 3413 8400 / SAC 0800 281 5917.

I- CONDIÇÕES CONTRATUAIS

1. O produto: UNIREDE RECIFE - CE - BASICO - COM OBST, possui registro na ANS – Agência Nacional de Saúde número 482.375/19-3.
2. A contratação Coletiva Empresarial destina-se aos beneficiários (Ativos e Inativos) com vínculo empregatício ou estatutário com a pessoa jurídica Contratante.
3. Este produto é um plano de segmentação Ambulatorial, Hospitalar, com Obstetrícia, conforme Legislação em vigor.
4. A cobertura da assistência médica será assegurada na abrangência Municipal (urgência/emergência Estadual em PE).
5. Durante a internação clínica e/ou cirúrgica, é garantida aos beneficiários, dentro dos recursos próprios ou contratados, acomodação em **Enfermaria**.
6. Contratação em regime de preço pré - estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 100/05.
7. A aceitação da presente proposta, a tornará parte integrante do referido contrato.
8. À pessoa jurídica é facultada a opção de contratação de plano único para beneficiários ativos e inativos (demitidos e/ ou exonerados sem justa causa ou aposentados que tenha contribuído para o plano) ou de plano para ativos em separado do plano de Inativos.
9. Caso a empresa opte por contratação de plano exclusivo para beneficiários Inativos (demitidos e/ou exonerados sem justa causa ou aposentados que contribuíram para o plano), deverá ser assinado contrato em separado do contrato de ativos.
10. Para fins de aplicação de reajuste anual, a sinistralidade analisada seguirá o tramite abaixo constante:
 - Mesmo plano para beneficiários ativos e inativos: sinistralidade única e mesmo reajuste para ativos e inativos.
 - Plano Exclusivo para beneficiários inativos: sinistralidade da carteira de planos exclusivos para inativos da operadora de saúde, reajuste exclusivo para inativos.

II – DOS VALORES:

A **UNIMED RECIFE** cobrará mensalmente em pré-pagamento, até o dia 5 (Cinco) de cada mês vigente, os seguintes valores:

A - 2º Via da Carteira: R\$ 5,00 (Cinco Reais)

MESMO PLANO PARA BENEFICIÁRIOS ATIVOS E INATIVOS

FAIXA ETÁRIA	PREÇO POR FAIXA	QTDE VIDAS	PREÇO FINAL
0 a 18 anos	R\$ 238,75	3	R\$ 716,25
19 a 23 anos	R\$ 269,93	1	R\$ 269,93
24 a 28 anos	R\$ 384,20	2	R\$ 768,40
29 a 33 anos	R\$ 408,86	7	R\$ 2.862,02
34 a 38 anos	R\$ 444,97	1	R\$ 444,97
39 a 43 anos	R\$ 548,61	2	R\$ 1.097,22
44 a 48 anos	R\$ 636,00	9	R\$ 5.724,00
49 a 53 anos	R\$ 821,27	3	R\$ 2.463,81
54 a 58 anos	R\$ 1.107,48	1	R\$ 1.107,48
59 anos ou +	R\$ 1.428,45	4	R\$ 5.713,80
TOTAL GERAL:		33	R\$ 21.167,89

PLANO EXCLUSIVO PARA BENEFICIÁRIOS INATIVOS

FAIXA ETÁRIA	PREÇO POR FAIXA
0 a 18 anos	R\$ 238,75
19 a 23 anos	R\$ 269,93
24 a 28 anos	R\$ 384,20
29 a 33 anos	R\$ 408,86
34 a 38 anos	R\$ 444,97
39 a 43 anos	R\$ 548,61
44 a 48 anos	R\$ 636,00
49 a 53 anos	R\$ 821,27
54 a 58 anos	R\$ 1.107,48
59 anos ou +	R\$ 1.428,45

Os valores ofertados acima estão de acordo com a Tabela de Preços de **Outubro/2022** e são para **33** beneficiários (titulares e dependentes) na modalidade de contratação Coletiva Empresarial.

III – CARÊNCIAS:**GRUPO INICIAL**

Contrato(s) com mais de 29 beneficiários:

Os beneficiários que aderirem ao plano em até 30 (trinta) dias contados a partir da data da celebração do contrato, serão isentos do cumprimento de prazos de carência de acordo com quadro abaixo:

24 horas	Atendimentos de Acidentes Pessoais;
24 horas	Atendimentos das primeiras 12 (doze) horas em casos de urgência e emergência. Sendo o atendimento somente em regime ambulatorial, quando esteja o beneficiário em situação de carência ou cobertura parcial temporária por exclusão de doenças pré-existentes;
24 horas	Consultas médicas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
24 horas	Exames especiais de diagnóstico e terapia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, cirurgias e internamentos clínicos;
24 horas	Parto de urgência e internação dele decorrente
24 horas	Partos a termo

FUTURAS INCLUSÕES

As inclusões de beneficiários, ocorridas após 30 (trinta) dias contados a partir da data da celebração do contrato, deverão respeitar os prazos de carência constantes em quadro indicativo e demais regras abaixo constantes:

24 horas	Atendimentos de Acidentes Pessoais;
24 horas	Atendimentos das primeiras 12 (doze) horas em casos de urgência e emergência. Sendo o atendimento somente em regime ambulatorial, quando esteja o beneficiário em situação de carência ou cobertura parcial temporária por exclusão de doenças pré-existentes;
30 dias	Consultas médicas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
180 dias	Exames especiais de diagnóstico e terapia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, cirurgias e internamentos clínicos;
180 dias	Parto de urgência e internação dele decorrente
300 dias	Partos a termo



DAS INCLUSÕES

As inclusões de novos titulares e dos respectivos dependentes, que ocorrerem em até 30 (trinta) dias da data de sua admissão na empresa, deverão seguir a regra de carências do grupo inicial;

O recém-casado, o menor de 12 anos adotado, sob guarda ou tutela ou ainda cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, que forem incluídos como dependentes dos titulares já pertencentes ao plano em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do evento, aproveitarão os prazos de carências já cumpridos pelos respectivos titulares;

O recém-nascido (filho natural ou adotivo, sob guarda judicial ou tutela) incluídos no plano em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do evento, cujo titular (pai ou mãe) tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias terão isenção de carências, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora;

Caso o titular (pai ou mãe) do recém-nascido (filho natural ou adotivo, sob guarda judicial ou tutela) não tenha cumprido prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, haverá somente o aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, desde que a inscrição seja realizada em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do evento;

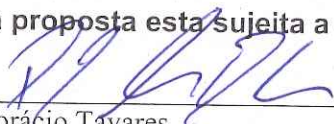
Não poderá ser alegada DLP - doença ou lesão preexistente, quando o recém-nascido (natural, adotado, sob tutela ou sob guarda), menor de 12 anos (sob guarda, tutela ou adoção) ou cuja paternidade tenha sido reconhecida, for inscrito no plano em até 30 (trinta) dias contados a partir do evento, porém caso a inscrição ocorra após período de 30 (trinta) dias do evento, poderá ser argüida DLP, bem como imposição de cobertura parcial temporária;

Os prazos de carências cumpridos pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado (inativos) que contribuíram para o plano coletivo empresarial, que optarem no prazo máximo de 30 (trinta) dias após comunicação do empregador, pela manutenção da condição de beneficiário serão aproveitados.

IV - VALIDADE DA PROPOSTA:

Os termos e condições da presente proposta terão validade durante o período de 30 dias. Caso sejam constatadas alterações nas condições estudadas (perfil etário e/ ou quantidade de beneficiários), no momento da contratação, poderá a operadora rever as carências e os valores expressos na presente proposta. Colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários. No aguardo de seu breve pronunciamento, apresentamos nossas cordiais saudações.

Essa proposta esta sujeita a análise de crédito.


 Sr. Horácio Tavares
 Gestor Comercial de Pessoa Jurídica

DS
VJ

DS
GMB

DS
MLG



CONTRATO DE PRESTAÇÃO

DE

SERVIÇOS MÉDICOS E

HOSPITALARES

CARACTERÍSTICAS

Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial

Nome Plano: UNIREDE RECIFE – CE – Especial - Com obst

Área Geográfica de Abrangência: Municipal

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Formação de Preço: Pré- Estabelecido

Vínculo do Beneficiário: Empregatício ou Estatutário (Inativo)

Padrão de Acomodação: Apartamento - Produto n.º 482.376/19-1

Fator Moderador: Sem co-participação

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





INSTRUMENTO JURÍDICO

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: **Unimed Recife- Cooperativa de Trabalho Médico**
 Nome de fantasia: **Unimed Recife**
 Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas: **11.214.624/0001-28**
 Registro de Operadora na ANS: **34488-5**
 Classificação da Operadora na ANS: **Cooperativa Médica**
 Endereço: **Av. Lins Petit, n.º 140, Ilha do Leite, CEP 50.070-230, Recife - PE**

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: **Hospital do Tricentenário**
 C.N.P.J: **10.583.920/0001-33**
 Endereço: **Rua Farias Neves Sobrinho, 232, Bairro Novo, Olinda – PE, CEP: 53.120-420.**

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Art. 1. Os registros de identificação, a que se refere este contrato, são os seguintes:

- I - Nome do Plano: **UNIREDE RECIFE – CE – Especial - Com obst**
- II - Número de Registro na ANS: **482.376/19-1**

TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Art. 2. O tipo de contratação do plano de saúde é Coletivo Empresarial, conforme determina o artigo 16, VII, da Lei 9656/98.

TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Art. 3. Este contrato é um plano de segmentação Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia, conforme Legislação vigente.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Art. 4. Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica no município de Recife.

Parágrafo único: Será assegurado aos beneficiários contratantes o atendimento nos casos de urgência e emergência, no estado de Pernambuco através do sistema de Intercâmbio entre as UNIMEDS.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

Art. 5. Este plano tem como área de atuação em todo o estado de Pernambuco.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 6. Durante a internação clínica e/ou cirúrgica, a **CONTRATADA** garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios ou contratados, acomodação individual (apartamento)

FORMAÇÃO DO PREÇO

Art. 7. O plano contratado será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 100/05.

TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 8. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde previsto no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98 visando à Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Art. 9. Objetiva cobrir serviços de assistência médica, ambulatorial e hospitalar compreendendo partos e tratamentos, diagnóstico e terapia. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento.

Art. 10. Este contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma da legislação civil vigente, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Das condições de admissão dos beneficiários INATIVOS

Art. 11. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Art. 12. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares os ex-empregados aposentados e demitidos ou exonerados sem justa causa da CONTRATANTE que foram beneficiários titulares do produto destinado para os beneficiários ativos quando da vigência do contrato de trabalho com a pessoa jurídica contratante.

Art. 13. Poderão ser inscritos no plano, ainda, os Beneficiários Dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pelo empregador, quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular com a pessoa jurídica contratante, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

Art. 14. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



DO RECÉM-NASCIDO (NATURAL, ADOTIVO, SOB GUARDA OU TUTELA)

Art. 15. Os filhos recém-nascido, filho natural, adotivo, sob guarda ou tutela, de beneficiário do plano de saúde poderão ser inscritos sem alegação de qualquer doença ou lesão preexistente, através da cobertura parcial temporária ou agravo, desde que a inscrição seja realizada em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do evento, período em que será garantida a assistência médica dentro da cobertura do plano do beneficiário titular.

Art.16. Será assegurada a isenção do cumprimento de períodos de carência do recém-nascido, filho natural, adotivo, sob guarda ou tutela, do beneficiário titular (pai, mãe ou responsável legal) do plano de saúde que tenha cumprido o prazo de carências máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art.17. O recém-nascido, filho natural, adotivo, sob guarda ou tutela de beneficiário titular (pai, mãe ou responsável legal) do plano de saúde, que não tenha cumprido o prazo de carências máximo de 180 (cento e oitenta) dias, deverá ser inscrito no plano de assistência à saúde com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular.

Art. 18. A inscrição do recém-nascido, filho natural, adotivo, sob guarda ou tutela que ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do evento, deverá ocorrer com a exigência do cumprimento de todas as carências contratuais, bem como poderá ser alegada qualquer doença ou lesão preexistente, através da cobertura parcial temporária ou agravo.

DO FILHO ADOTIVO MENOR DE 12 (DOZE) ANOS, SOB GUARDA, TUTELA OU SUJA PATERNIDADE TENHA SIDO RECONHECIDA (JUDICIALMENTE OU EXTRAJUDICIALMENTE)

Art. 19. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, sob guarda, tutela ou ainda cuja paternidade tenha sido reconhecida (judicial ou extrajudicialmente), de beneficiário de plano de saúde, poderão ser inscritos com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular, seja ele pai ou mãe, desde que a inclusão seja feita em até 30 (trinta) dias contados a partir do evento, conforme o artigo 12, inciso VII da Lei 9.656/98 e Súmula 25 de 2012.

§ 1. A inscrição que ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do evento, deverá ocorrer com a exigência do cumprimento de todas as carências contratuais, bem como poderá ser alegada qualquer doença ou lesão preexistente, através da cobertura parcial temporária ou agravo.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 20. A UNIMED RECIFE cobrirá os custos, em conformidade com as condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS e relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do art. 10 da Lei n. 9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto nas Resoluções **vigentes** e suas atualizações.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



§ 1º Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no ROL de procedimentos e eventos em Saúde da ANS, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

§ 2º Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no ROL de procedimentos e eventos em Saúde da ANS, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

§ 3º. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT:

§ 4º - A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259, de 2011.

§ 5º. O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

Da Cobertura ao Transtorno Mental

- a) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.
- b) A cobertura de psicoterapia respeitará o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado conforme indicação do médico assistente e Diretrizes Clínicas (DC).
- c) A internação psiquiátrica se dará apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
- d) Estão cobertas as internações em hospital-dia de acordo com as Diretrizes de Utilização determinadas pela legislação vigente;
- e) Entende-se por hospital-dia o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, pautados em programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, proporcionando a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





f) Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Da Co – Participação em Saúde Mental

a) Só será aplicada Co-Participação às internações relacionadas ao Transtorno Mental, caso o contrato preveja co-participação para as demais especialidades.

b) Em havendo co-participação e ultrapassados o limite de 30 dias de internação estabelecido na Resolução Vigente, o Beneficiário ficará sujeito ao pagamento de 20% a título de co-participação de cada diária excedida.

c) O limite acima estabelecido será aplicado quando a internação ultrapassar 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência

DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

Art.21. O Segmento Ambulatorial compreende os seguintes atendimentos:

a) cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput desse artigo;

c) cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos vigentes;

d) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente/ cooperado e Diretrizes Clínicas;

e) cobertura de psicoterapia de acordo com número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente/ cooperado, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme item b) constante no tema Cobertura ao Transtorno Mental;

f) a cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente/ cooperado e Diretrizes Clínicas (DC);

g) cobertura das ações de planejamento familiar, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



- h) cobertura de atendimento caracterizados como de urgência e emergência, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- i) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente/ cooperado a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- j) cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- k) 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;
- l) cobertura de radioterapia ambulatorial, conforme descrito no Rol de Procedimentos;
- m) cobertura para procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial conforme Rol de Procedimento vigentes;
- n) cobertura de hemoterapia ambulatorial;
- o) cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos conforme Resolução vigente; e
- p) Cobertura para procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas consequências, moléstias profissionais assim como os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, desde que constantes no ROL de procedimentos vigente na época do evento.
- q) Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:
- q.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- q.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Da Cobertura ao Planejamento Familiar

a) As ações de planejamento familiar devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos vigentes à época do evento, observando – se as seguintes definições:

I – 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;

II- 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;

III– 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

IV – 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.

V – concepção: Fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

VI – anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade.

DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

Art. 22. O Segmento Hospitalar compreende os seguintes atendimentos:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, nos planos sem cobertura obstétrica;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o 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;

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- f) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessário, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos nos contratos, em território brasileiro (artigo 12, II, alínea “e” Lei 9.656/98);
- g) cobertura de despesas de acompanhante, incluindo acomodação e alimentação, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico ou do cirurgião - dentista assistente;
- h) cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo Cirurgião-Dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico;
- i) cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde a complexidade a complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo Cirurgião-Dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

- Imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

j) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar :

- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida na legislação vigente e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





- Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento ;
- Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS, exceto fornecimento de medicação de manutenção

k) a cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

l) a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

m) cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e do transplante de Medula Óssea por método autólogo e alogênico, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

n) a cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de plano privado de assistência à saúde do beneficiário receptor, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico em todo período pós-operatório, que compreende não só o pós – operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia) exceto medicamentos de manutenção, e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;

o) O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente;

p) 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:

- 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

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





- que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por esta Resolução Normativa, respeitando-se a segmentação contratada

q) Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos vigente.

r) Para fins de cobertura de órteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos Vigente;

II - o profissional médico ou dentista, requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III - em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA e

IV - o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

s) Ficará a critério do médico assistente/cooperado a garantia da assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência.

t) Estarão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT. 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 privados de assistência à saúde.

u) Cobertura assistencial para eventos procedimentos relacionados no ROL de procedimentos e eventos em saúde da ANS, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo único. Os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos no ROL de procedimentos e eventos em saúde da ANS, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



v) O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

x) Serão cobertos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, sendo respeitadas as segmentações contratadas;

- Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

y) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos vigente, de acordo com a segmentação contratada. As escopias listadas no Rol de Procedimentos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

DA SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

Art. 23. O Segmento Obstétrico compreende os seguintes atendimentos:

a) Toda a cobertura definida para a segmentação hospitalar descrita acima, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

b) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

c) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

d) É assegurada a inclusão para fins deste contrato a inscrição como dependente, do recém-nascido, filho natural ou adotivo, isento do máximo cumprimento dos períodos de carência e de DLP (doenças e Lesões Preexistentes), desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias após o parto ou adoção.

§ 1º. Para fins de cobertura do parto normal listado no ROL de Procedimentos e eventos em saúde da ANS, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





TEMA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 24. Em conformidade com o que prevê a Lei, as Resoluções, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos, estão excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimento, serviços ou procedimentos descritos neste contrato e os provenientes de:

a) Tratamento Clínico ou cirúrgico experimentais, entendidos assim como aqueles que;

I - empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

II - são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina -CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou

III – cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label)

b) Procedimentos clínicos ou 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 espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

e) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado os casos de internação domiciliar;

g) Fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico, entendendo-se como Prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e Órtese qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido e sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

i) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





- j) Tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- k) Consultas e enfermagem domiciliares;
- l) Aplicação de Vacinas preventivas;
- m) Medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos de prontos-socorros ou ambulatórios;
- n) Necropsia, tratamentos com medicina alternativa, tais como: ortomoleculares;
- o) Aluguel de equipamento ortopédicos, hospitalar e similares;
- p) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- q) Implante (exceto os previstos em rol de procedimentos da ANS), e transplantes, (exceto os de córnea, rim e transplante de medula óssea previsto no Rol de procedimentos da ANS);
- r) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- s) Quaisquer medicamentos, próteses, órteses, materiais de qualquer natureza, necessários a realização da cirurgia, de origem estrangeira, exceto os nacionalizados, com certificação positiva na ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- t) O sistema de atendimento em "Home-Care", assim considerado o atendimento hospitalar feito na residência do beneficiário, com a colocação em seu endereço, dos aparelhos necessários ao seu atendimento;
- u) Cirurgias oftalmológicas de miopia abaixo de 05 (cinco) graus e Hipermetropia até 6 (seis) graus;
- v) Tratamento de varizes – esclerose.
- x) despesa com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), tais como materiais odontológicos e honorários, inclusive relacionadas com acidentes exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e procedimentos odontológicos passíveis de realização em ambulatório, ma que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- w) Investigação de paternidade, maternidade e consanguinidade.
- y) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 25. O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, com vigência à partir de sua assinatura e pagamento, respeitadas as carências expressamente contratadas, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de taxa adicional, podendo ser, a partir daí, denunciado pelas partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem qualquer ônus.

Art. 26. Para fins de aplicação do reajuste será considerado a data de início da assinatura do contrato.

Art. 27. A manutenção dos contratos coletivos celebrados com empresários individuais, nos termos da Resolução Normativa ANS 432/2017, serão analisados anualmente, na data do aniversário contratual para verificação da comprovação da regularidade cadastral junto à Receita Federal e outros órgãos competentes.

TEMA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 28. A **CONTRATADA** assegura, aos beneficiários titulares e dependentes, quando for o caso, regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia, e internações hospitalares, exclusivamente dentro dos recursos contratados.

Art. 29. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número inicial de participantes maior ou igual a 30 (trinta) beneficiários, não poderá haver cumprimento de carência, quando a inclusão do titular e seus dependentes, ocorrerem dentro do prazo de 30 (trinta) dias a partir da assinatura do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

Art. 30. Em havendo cumprimento de carência, estas serão aplicadas dentro dos limites abaixo:

I - 24 (vinte e quatro) horas, para atendimento de urgência/emergência;

II - 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames básicos de diagnósticos e terapia;

III - 180 (cento e oitenta) dias Exames especiais de diagnóstico e terapia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, cirurgias e internamentos clínicos e **parto de urgência e internação dele decorrente;**

IV - 300 (trezentos) dias para parto a termo.

Art. 31. Os prazos serão contados a partir da efetiva inscrição do titular e dos dependentes, regularmente inscritos, na proposta de adesão.

Art. 32. Mediante acordo firmado entre as partes, as carências poderão ser negociadas para prazos inferiores ao estipulado acima, e, constarão na proposta de admissão, parte integrante deste contrato.

Art. 33. Nos casos em que o plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial perca a condição prevista acima, ou seja, passe a possuir um número inferior a 30 (trinta) beneficiários, poderá a CONTRATADA impor cumprimento de prazos de carência para os novos aderentes, podendo incidir também a aplicação de Cobertura Parcial Temporária e Agravo para os casos de Doenças ou Lesões Preexistentes.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



TEMA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 34. Tratando-se de Plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários igual ou maior que 30 (trinta), desde que formalizem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE, não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Art. 35. O plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários menor que 30 (trinta), implicará na aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente

Art. 36. Em se tratando de contratação com número de beneficiários menor que 30 (trinta) o beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Art. 37. **Doenças ou Lesões Preexistentes** são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Art. 38. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Art. 39. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Art. 40. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

Art. 41. 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.

Art. 42. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 43. 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, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Art. 44. **Cobertura Parcial Temporária** - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Art. 45. **Agravo** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Art. 46. O oferecimento do agravo será facultativo e regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do agravo.

Art. 47. A CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Art. 48. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Art. 49. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

Art. 50. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 51. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98.

Art. 52. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Art. 53. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

Art. 54. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



Art. 55. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Art. 56. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Art. 57. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

Art. 58. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 59. Entende-se como urgência o evento resultante de acidente pessoal ou complicações no processo gestacional.

Art. 60. Entende-se como emergência o evento que implica no risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, mediante declaração do médico assistente.

Art. 61. É assegurado após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato o atendimento integral de acidente pessoal caracterizado como urgência.

Art. 62. É garantido a cobertura do atendimento de urgência e emergência nos casos de complicações do processo gestacional, quando em cumprimento de carência ou nos planos hospitalares sem obstetrícia, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (Art. 4º da Resolução CONSU nº 13/98).

Art. 63. É garantido a cobertura do atendimento de urgência e emergência aos beneficiários que estiverem em situação de carência ou cobertura parcial temporária, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (Arts. 3º e 6º da Resolução CONSU nº 13/98).

Art. 64. Quando for necessária para continuidade do atendimento de urgência e/ou emergência a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à contratada.

Art. 65. Após cumpridas as carências contratuais é assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para preservação da vida, órgãos e funções.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS 



Art. 66. A UNIMED RECIFE assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência a saúde, nos casos exclusivos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços pela rede credenciada, através do Sistema Unimed de Intercâmbio.

REMOÇÃO

Art. 67. Quando caracterizada pelo médico assistente/cooperado a falta de recursos oferecida pelo hospital e a necessidade de internação para continuidade da atenção ao paciente, o presente contrato garantirá cobertura da remoção inter-hospitalar, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato (Art. 12, inciso II, alínea “e”, da Lei 9.656/1998).

Art. 68. É garantido a remoção para a unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação, conforme determinado no art. 7º e seus parágrafos, da resolução CONSU nº 13/1998.

Art. 69. É garantido da remoção para a unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, conforme determinado no art. 7º e seus parágrafos, da resolução CONSU nº 13/1998.

Art. 70. Nos casos previstos nesta seção, quando não possa haver remoção, por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

Art. 71. Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

Art. 72. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

Art. 73. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida acima, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

REEMBOLSO

Art. 74. O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, em face de indisponibilidade ou inexistência de prestador na área de abrangência geográfica do contrato, conforme os artigos 4º, 5º e 6º da Resolução Normativa n. 259 de junho de 2011, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



Art. 75. O reembolso será efetuado de acordo com os valores das Tabelas de Referência praticada pela Contratada, vigentes à data do pagamento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos.

Art. 76. O reembolso será efetuado dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- a) O relatório do médico assistente onde somente poderá ser exigida tal declaração do médico assistente, nos casos de emergência, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Art. 77. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento.

Art. 78. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

TEMA IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 79. O presente contrato não possui modalidade de acesso a livre escolha de prestadores

TEMA X - MECANISMO DE REGULAÇÃO

Art. 80. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.

Art. 81. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários os serviços médicos-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previsto neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:

a) consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados das Cooperativas médicas, cuja relação será entregue ao CONTRATANTE.

b) atendimentos clínico, cirúrgico e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados e constantes do Guia de Serviço de Saúde.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente e constante do Guia de Serviço de Saúde.

Art. 82. O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

Art. 83. Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação, quando a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação emitida pelo médico assistente.

Art. 84. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, dentro do prazo de dois dias úteis, deverá comunicar a Contratada do serviço utilizado.

Art. 85. O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida.

Art. 86. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação do médico assistente devidamente justificada.

Art. 87. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

Art. 88. Fica garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de um dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

Art. 89. Será distribuído ao beneficiário o GUIA MÉDICO, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços. As atualizações do guia médico estará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento e na internet.

Art. 90. Devendo entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão de processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

Art. 91. Considerando a diferenciação de preços deste plano, o atendimento médico, ambulatorial, laboratorial e hospitalar, fica restrito aos médicos, serviços ambulatoriais, laboratórios, e hospitais, que constem da relação entregue ao beneficiário, ficando o reembolso em caso de atendimento de urgência e emergência que não possam ser feitos por estes profissionais, limitados a valores correspondentes aos que seriam devidos da forma deste contrato, aferido através da tabela de referência.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



Art. 92. A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que:

- a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a 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) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- c) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

Art. 93. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a CONTRATADA solicitará a ANS autorização expressa.

Art. 94. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, serão realizados pelos serviços próprios ou credenciados da Operadora, não havendo restrição quanto ao solicitante, desde que os procedimentos e demais serviços solicitados estejam nos limites da cobertura contratada.

Art. 95. Nas hipóteses em que o beneficiário CONTRATANTE optar pela realização de consulta(s) eletiva(s) com médico assistente que não fizer parte da Cooperativa CONTRATADA ou cirurgião dentista não credenciado, o mesmo assumirá a responsabilidade pelo pagamento dos honorários médicos do respectivo profissional. O mesmo procedimento deverá ser adotado nos casos em que o beneficiário CONTRATANTE optar em realizar cirurgia(s) com médico assistente que não fizer parte da Cooperativa CONTRATADA ou cirurgião dentista não credenciado.

DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 96. O beneficiário deverá requerer a emissão de autorização prévia de todos os atendimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares à exceção das consultas e dos seguintes exames básicos: análises clínicas, citopatologia (exceto biopsia de congelamento), eletrocardiograma simples, eletroencefalograma simples, endoscopia diagnóstica, exames radiológicos não contrastados, exames e testes alergológicos, biopsia do colo uterino, citologia oncótica colposcopia, excisão de pólipos uterino, eletrocauterização e cauterização química do colo uterino, Biopsia de Vulva, Vulvosscopia, Exerece de cisto vaginal, Excisão de Pólipo Cervical, Eletroencefalograma simples, teste alérgicos, Raio X, exceto os que necessitam de contratante e o panorâmico, teste e exercício ortóptico, histopatológico, anatomia patológica, mamografia convencional, Endoscopia Digestiva alta com Biopsia exceto com o uso de anestesia, Mielograma, Retosigmoidoscopia, Penioscopia, Fundoscopia, Exame de inutilidade ocular,

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



Art. 97. A autorização poderá ser obtida na sede da Unimed Recife ou através do SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) identificados no Guia Médico.

Art. 98. Os procedimentos relacionados a transplantes, colocação de prótese e órtese, cirurgias neurológicas e cirurgias relacionadas à mama terão tratamento especial, sendo submetido à apreciação do Comitê Técnico no sentido de avaliação e aplicação em cada caso concreto.

DO MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE E DO GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

Art. 99. Em conformidade com o disposto na RN 195/2009 na contratação e adesão de beneficiários a este plano de saúde será entregue aos beneficiários o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E DA MENSALIDADE

Art. 100. O plano contratado será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 100/05.

Art. 101. Por ser um plano coletivo empresarial **exclusivo para inativos** o pagamento da contraprestação pecuniária será de **responsabilidade dos beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados** (Artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e RN 279/12) optantes pela manutenção do plano a que pertenciam quando da vigência de seu contrato de trabalho, que receberão boletos individuais.

Art. 102. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Art. 103. O **beneficiário inativo** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, os valores relacionados na proposta inicial, na data do vencimento do boleto, sob pena de ocorrer impontualidade no pagamento da mensalidade, resultando na cobrança de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

Art. 104. As mensalidades e os eventuais valores relativos as despesas serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na **Proposta de Admissão**.

Art. 105. No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do plano, nos termos deste contrato, será remetido boleto único de cobrança ao titular, com vencimento no mesmo dia previsto do pagamento da mensalidade da CONTRATANTE (art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e RN 279).

Art. 106. Os preços das mensalidades definidos foram delimitados adotando-se estritamente os custos dos serviços expressamente contidos no mesmo.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS 



Art. 107. Se o **CONTRATANTE** não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na **CONTRATADA** para que não se sujeite as conseqüências da mora.

Art. 108. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 109. Caberá a empresa **CONTRATANTE** juntamente com a **CONTRATADA** informarem aos Beneficiários titulares e dependentes, recebedores de boletos individuais de pagamento, por conta do benefício de manutenção do plano tratados nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, bem como aqueles beneficiários possuidores de vínculo empregatício de natureza jurídica estatutária, também recebedores de boletos individuais de pagamento, que o atraso na mensalidade pelo período de 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, após notificação prévia até quinquagésimo dia, incidirá na rescisão contratual.

TEMA XII – REAJUSTE

Do reajuste destinado aos contratos exclusivos com beneficiários Inativos:

Art. 110. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IGPM previsto em todos os contratos da carteira de planos privados de assistência à saúde exclusivos de ex-empregados. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos após data de sua assinatura.

Art.111. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos de ex-empregados, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos seguintes termos:

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira de planos exclusivos de ex-empregados ultrapassar a meta de sinistralidade (sm), fixada em 0,75% (zero setenta e cinco centésimos), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira de planos exclusivos de ex-empregados, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

b) Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S/Sm) - 1$$

S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos exclusivos de ex-empregados; e

Sm - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados.

c) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

Art.112. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no artigo 105 , será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS 



Art.113. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

Art.114. Para fins da apuração do reajuste anual no valor das mensalidades e das tabelas de preços para novas adesões, a carteira de planos exclusivos de ex-empregados da operadora é tratada de forma unificada, sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

Art.115. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre os contratos que integram a carteira de planos exclusivos de ex-empregados, em um mesmo mês.

Art.116. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre beneficiários no presente contrato.

Art. 117. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9656, de 1998.

Art.118. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e divulgados no Portal Corporativo da operadora na Internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor.

TEMA XIII - FAIXAS ETÁRIAS

Art. 119. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

Art. 120. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Art. 121. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados a seguir:

Faixa Etária	Coletivo Empresarial (Apartamento)
0-18	0%
19-23	13,06%
24-28	42,33%
29-33	6,42%
34-38	8,83%
39-43	23,29%
44-48	15,93%
49-53	29,13%
54-58	34,85%
>59	28,98%

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Art. 122. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos, de acordo com a Lei 10.741/2003 - Estatuto do Idoso, e a Resolução ANS/ nº 63/2003, estão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

Art. 123. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária (Art. 3º da RN nº63/03).

Art. 124. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Art. 125. Os reajustes por mudança de faixa etária ficarão sem efeito, sempre que as partes negociarem preços da forma de *per capita* médio, assim definidos na proposta comercial, que faz parte integrante deste contrato.

TEMA XIV – BONUS E DESCONTOS

Art. 126. Este contrato não possui modalidade de bônus e/ou descontos.

TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

Art. 127. A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATADA o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

Art. 128. O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Art. 129. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

Art. 130. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



Art. 131. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

Art. 132. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

Art. 133. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

Art. 134. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

Art. 135. A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
- c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

Art. 136. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

Art. 137. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

Art. 138. No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Art. 139. Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

TEMA XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 140. Caberá **exclusivamente** à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano.

Art. 141. A UNIMED RECIFE somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

- fraude
- por perda dos vínculos do beneficiário titular com a CONTRATANTE, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

Art. 142. Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Titular:

- 1) quando o CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
- 2) quando perder o vínculo com a CONTRATANTE, ressalvadas as hipóteses de aposentadoria e demissão sem justa causa, desde que previstos em regulamento ou contrato;
- 3) quando vier a falecer, após a comunicação do fato à CONTRATADA pela CONTRATANTE;
- 4) em caso de inadimplência, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular realizada pela CONTRATANTE, que se dará até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias;
- 5) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

Art. 143. Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente:

- 1) quando o CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;





- 2) quando o Beneficiário Titular for excluído do Plano;
- 3) quando o Beneficiário Dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, justificadoras de sua inclusão no plano;
- 4) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

Art. 144. A extinção do vínculo ocorrida por fraude ou dolo não desobriga o Beneficiário Titular e / ou da pessoa jurídica CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha dado causa, diretamente ou por intermédio de seus Dependentes.

TEMA XVII - RESCISÃO / SUSPENSÃO

Art. 145. As **PARTES** poderão suspender ou rescindir unilateralmente o Contrato nos casos de:

I- Fraude

II - Descumprimento das partes das cláusulas e condições deste Contrato.

Art. 146. Será considerado rescindindo este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 147. A rescisão por inadimplemento de obrigações contratuais será precedida de notificação, com prazo mínimo de 10 (dez) dias da efetivação de medidas, permitindo-se a **CONTRATANTE**, nesse prazo, a regularização de sua situação perante à **CONTRATADA**.

Art. 148. Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente contrato, só poderá fazê-lo após o período mínimo contratual de 12 (doze) meses de vigência, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias.

Art. 149. Caberá a **CONTRATADA** a rescisão contratual antes da vigência mínima de 12 (doze) meses nos casos de:

I- Fraude; e

II – Inadimplência por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não.

Art. 150. Caso ocorra rescisão imotivada por qualquer das partes contratantes, antes do período mínimo de vigência contratual de 12 (doze) meses não haverá incidência de multa .

Art. 151. Não será admitido inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS 



Art. 152. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de **60 (sessenta)** dias mencionado no item anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do **CONTRATANTE**.

Art. 153. A suspensão do Contrato se dará após 30 dias de inadimplência seguido da devida notificação prévia.

Art. 154. A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar do beneficiário titular, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado a ele e seus dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

Art. 155. A **CONTRATADA** garantirá o oferecimento de planos em modalidade individual/ familiar aos beneficiários participantes do contrato coletivo, em caso de cancelamento, com aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, de acordo com tabela de vendas vigente à época da nova adesão.

Art. 156. A adesão dos beneficiários deverá ser realizada em período máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da rescisão do contrato coletivo.

Dos contratos celebrados com empresário individual (Resolução Normativa ANS 432/2017)

Art. 157. Após verificação anual, na data do aniversário contratual, caso seja constatada a ilegitimidade da CONTRATANTE para permanecer como contratante de plano coletivo para empresário individual, a CONTRATADA rescindir o contrato, mediante envio de notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, período em que poderão ser apresentados documentos que comprovem a regularidade cadastral perante os órgãos competentes, para assim promover a manutenção contratual.

Art. 158. Em caso de inadimplência das contraprestações pecuniárias (faturas e/ou coparticipações) por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, A CONTRATADA poderá suspender e/ou rescindir o presente contrato, a qualquer tempo, mediante comunicação prévia, na qual constará prazo para a quitação das parcelas vencidas e data da suspensão e/ou rescisão em caso de não pagamento.

Art. 159. Além das hipóteses já previstas, poderá ainda ser rescindido o presente contrato, mediante comunicação prévia ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, no mês de aniversário do contrato, caso:

- I – qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;**
- II – se verifique a ausência de beneficiários inscritos no contrato; e**
- III- nas hipóteses de fraude contratual.**

Art. 160. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do aviso prévio, caso concretizada a rescisão, correndo as despesas a partir daí por conta do **CONTRATANTE**.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





TEMA XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 161. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos tem privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 162. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da **CONTRATADA**, **O CONTRATANTE** deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração.

Art. 163. Ocorrendo a perda ou extravio do **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO** ou de outros documentos, o beneficiário titular obriga-se a comunicar em 48 (quarenta e oito) horas, por escrito, o fato à **CONTRATADA**.

Art. 164. Será cobrado o valor de R\$5,00 (Cinco reais), reajustável anualmente pelo mesmo índice aplicável ao contrato, por emissão de segunda via do cartão de Identificação da operadora, para fim de ressarcimento de custos. As renovações dos cartões vencidos não serão cobradas.

Art. 165. **O CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, mesmo em caso excepcional de atendimento por outras cooperativas integrantes do Sistema UNIMED.

Art. 166. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 167. **O CONTRATANTE**, por si e pelos dependentes e agregados, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Art. 168. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Art. 169. É parte integrante deste contrato a proposta nº 05739/2022.

Art. 170. Declara a **CONTRATANTE** que foi oferecido ao mesmo, quando da comercialização deste produto, o Plano de Referência, que lhe faculta coberturas iguais a este contrato, acrescentando-se o atendimento de urgência e emergência com 24 (vinte e quatro) horas de carência, conforme Resolução nº 13/98 do CONSU, sendo que, de forma expressa anuiu em não escolher o aludido plano.

Art. 171. Considera-se má-fé contratual, a declaração negativa de doenças preexistentes, que forem comprovadamente reconhecidas como existentes ao tempo de contratação.

Art. 172. As pendências financeiras, tais como, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, serão realizadas por vias próprias da OPERADORA.

Art. 173. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS 



eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos Médicos Vigente e no contrato.

Art. 174. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário; rescisão, resolução ou rescisão do presente.

Da proteção de dados pessoais

Art. 175. Durante a vigência deste Contrato, as Partes observarão as disposições abaixo sobre de Proteção de Dados Pessoais, no que diz respeito à preservação da privacidade e proteção de dados pessoais, em caso de conflito, prevalecerá perante os demais termos do presente Contrato.

Art. 176. A CONTRATADA, na qualidade de Controladora/Co-controladora dos dados pessoais, no âmbito deste Contrato, cumpre e continuará a cumprir suas obrigações decorrentes das leis e normas aplicáveis, nacionais e internacionais, versando sobre preservação da privacidade e proteção de dados pessoais, especialmente a Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados"), a Lei nº 12.965/2014 ("Marco Civil da Internet") e o Decreto nº 8.771/2016.

Art. 177. As PARTES deverão manter um Programa de Governança em Proteção de Dados Pessoais, contemplando dispositivos sobre proteção de dados pessoais, medidas administrativas, técnicas e físicas razoáveis concebidas para assegurar e proteger a confidencialidade, integridade e disponibilidade de todas as Informações Confidenciais e demais informações que possam identificar, direta ou indiretamente, uma pessoa física, quando em posse das PARTES, contra acesso não-autorizado, ilícito ou acidental, divulgação, transferência, destruição, perda ou alteração.

Art. 178. Para os fins deste contrato no tocante a Lei Geral de Proteção de Dados são considerados:

"DADOS PESSOAIS": qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("TITULAR ou TITULAR DOS DADOS"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular;

"REPRESENTANTE DO TITULAR DOS DADOS": Representante legal ou, ao menos, um dos pais, para a coleta de consentimento quando ocorrer o tratamento de dados pessoais de criança.

"CRIANÇA": Em observância ao artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos.

"TRATAMENTO": qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta,

Vanessa Jungmann
 ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS 



a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

"CONTROLADOR": parte que determina as finalidades e os meios de tratamento de dados pessoais. No caso do presente contrato, o CONTROLADOR é tanto a UNIMED RECIFE quanto a Empresa, doravante designadas, em conjunto, CONTROLADORES;

"OPERADOR": parte que trata dados pessoais de acordo com as instruções do CONTROLADOR. No caso do presente contrato, o OPERADOR trata-se de terceiro que poderá ser indicado por um dos controladores, respeitando-se as regras deste Aditivo.

Art. 179. Em decorrência do presente contrato a CONTRATANTE, quando na qualidade de CONTROLADORA, compartilha os seguintes tipos de dados com a CONTRATADA:

- a) Dados cadastrais de proponentes ao benefício saúde que se qualifiquem como colaboradores da Empresa e seus dependentes. São tratados e compartilhados dados como: nome, gênero, estado civil, data de nascimento, RG, CPF, endereço residencial, número do cartão nacional de saúde, nome da mãe, local de nascimento, assinatura, foto em cópia de documentos de identificação, todos para finalidade de identificação dos titulares proponentes. Tais dados serão armazenados pela CONTRATADA enquanto durar o Contrato; enquanto o titular permanecer como beneficiário; durante o período necessários para o exercício regular de direitos pela CONTRATADA; e pelo período necessário ao cumprimento de obrigações legais e regulatórias.

Art.180. Em decorrência do presente contrato, a CONTRATADA, quando na qualidade de CONTROLADORA, trata os seguintes tipos de dados:

- a) Nome, local de trabalho, e telefone comercial do proponente e nome de seus dependentes, com a finalidade de identificá-lo(s) na Declaração de Saúde vinculada à proposta da CONTRATANTE perante a CONTRATADA, além de dados pessoais sensíveis relativos à saúde compreendendo doenças e lesões pré-existentes, peso, altura e índice de massa corporal (IMC) do proponente e seus dependentes, datas de eventos vinculados a doenças e lesões pré-existentes, autorização expressa para coleta de dados e informações adicionais perante o próprio proponente ou perante outras entidades de saúde, tudo com a finalidade de verificar a necessidade de aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) do Beneficiário em cumprimento a obrigações legais e regulatória, sem compartilhamento, ficando tais dados armazenados durante a vigência do Contrato; enquanto o titular permanecer como beneficiário; durante o período necessários para o exercício regular de direitos pela CONTRATADA; e pelo período necessário ao cumprimento de obrigações legais e regulatórias;
- b) Dados de identificação dos Beneficiários tais como nome, RG, CPF, endereço residencial, número da carteira de saúde, tipo de plano de saúde quando utilizados com a finalidade de autenticação dos beneficiários perante a rede assistencial própria ou credenciada da CONTRATADA, os quais podem ser compartilhados com a rede credenciada para o mesmo objetivo de autenticação e para aprovação de procedimentos, todos necessários ao cumprimento do Contrato;
- c) Dados sensíveis relativos à saúde, genéticos ou biométricos, quando do atendimento dos beneficiários na rede assistencial própria ou credenciada da CONTRATADA, utilizados com o objetivo de tutela da saúde do paciente, os quais poderão também ser utilizados para aprovação/comprovação de procedimentos

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





assistenciais e respectivos pagamentos, poderão ser compartilhados com entidades da administração pública para fins de cumprimento de obrigação legal/regulatória e poderão vir a ser compartilhados com profissionais de saúde indicados pela Empresa apenas para fins exclusivos de auditoria médica, resguardadas as obrigações de sigilo profissional além de outras previstas em normas regulamentares. Tais dados serão armazenados enquanto durar o Contrato; enquanto o titular permanecer como beneficiário; durante o período necessários para o exercício regular de direitos pela CONTRATADA; e pelo período necessário ao cumprimento de obrigações legais e regulatórias;

- d) Dados de identificação dos Beneficiários tais como nome, RG, CPF, número da carteira de saúde, tipo de plano de saúde quando utilizados com a finalidade de pré-autorização de algum procedimento médico ou exame a ser realizado com o beneficiário, incluindo possíveis dados sensíveis relativos à saúde como requisições médicas dispendo a respeito do estado de saúde do Beneficiário, cópias de exames, laudos médicos, dentre outras informações relativas à saúde do Beneficiário com a finalidade específica de verificar as condições contratuais de autorização dos procedimento pretendido, sem compartilhamento com terceiros, dados sensíveis estes cujo tratamento decorre do exercício regular de direitos, inclusive em contratos.

Art. 181. As PARTES declaram, por este instrumento, que cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados pessoais, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.

Art.. 182. As PARTES se comprometem a tratar os dados pessoais relacionados ao objeto do Contrato somente nos estritos limites aqui previstos. Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos neste Contrato, as Partes deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

Art. 183. Durante o armazenamento de dados pessoais, As PARTES, quando na qualidade de CONTROLADORAS, respeitarão, no mínimo, os seguintes padrões de segurança:

- a) O estabelecimento de controle estrito sobre o acesso aos dados pessoais mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acesso e de privilégios de acesso exclusivo para determinados responsáveis;
- b) O estabelecimento de mecanismos de autenticação de acesso aos registros, usando, por exemplo, sistemas de autenticação dupla para assegurar a individualização do responsável pelo tratamento dos registros;
- c) A criação de inventário detalhado dos acessos aos registros de conexão e de acesso a aplicações, contendo o momento, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso designado pela CONTRATANTE e o arquivo acessado, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades; e
- d) Uso de soluções de gestão dos registros por meio de técnicas que garantam a inviolabilidade dos dados pessoais, como encriptação.

Art. 184. As PARTES deverão manter registro formal das seguintes informações:

- a) Registro de todas as atividades de tratamento que pratica;

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





- b) Registro das transferências internacionais de dados pessoais a países terceiros, incluindo a informação sobre o país/organização de destino, e no caso das transferências indicadas no artigo 33 da Lei Geral de Proteção de Dados, a documentação que comprove a adequação das garantias necessárias
- c) Descrição geral das medidas técnicas e organizacionais de segurança que garantam a:
 - c.1. Pseudonimização e criptação dos dados pessoais, sempre que aplicável;
 - c.2. Confidencialidade, disponibilidade, integridade e resiliência dos sistemas;
 - c.3. Capacidade de restaurar a disponibilidade e o acesso aos dados pessoais, nos termos dos prazos legais e razoáveis ao atendimento dos serviços;
 - c.4. Existência de processo de verificação contínua de medidas técnicas e organizacionais relativas à segurança do tratamento de dados pessoais.

Art. 185. AS PARTES deverão manter sigilo em relação aos dados pessoais tratados em virtude deste contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratar tais dados estejam comprometidas, de forma expressa e por escrito, sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para o tratamento de dados pessoais.

Art. 186. A CONTRATANTE Deverá auxiliar a CONTRATADA a realizar avaliações de risco e impacto. Além disto as partes deverão prestar auxílio mútuo para garantir o exercício dos seguintes direitos por parte dos TITULARES:

- a) Confirmação da existência de tratamento;
- b) Acesso aos dados;
- c) Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;
- e) Portabilidade dos dados;
- f) Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento, quando aplicável;
- g) Informação sobre entidades públicas e privadas com as quais foi realizado uso compartilhado de dados;
- h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa;
- i) Revogação do consentimento;
- j) Revisão de decisões automatizadas tomadas com base no tratamento de dados pessoais.

Art.187. Sem prejuízo do auxílio previsto no item 8, a Empresa deverá comunicar a CONTRATADA caso receba alguma requisição referente aos direitos previstos na CLÁUSULA 1.8 "f", "h", "i" e "j". Tal comunicação deverá ocorrer de imediato pelo endereço de e-mail protecao.dados@unimedrecife.com.br ou, no limite, no dia útil seguinte.

Art. 188. As PARTES expressamente se comprometem a tratar os dados pessoais sensíveis que lhe forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o beneficiário em estrita observância das regras específicas previstas na Lei nº 13.709/2018 ("LGPD")

Art. 189. As PARTES se comprometem a tratar os dados pessoais de crianças e adolescentes - observadas as conceituações previstas no artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente - sempre em seu melhor interesse, colhendo, quando aplicável o consentimento de, ao menos, um dos pais ou responsável legal, em observância ao disposto no artigo 14 da Lei nº 13.709/2018 ("LGPD").

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





Art.190. Sem prejuízo do disposto nas cláusulas anteriores, a CONTRATANTE ou a CONTRATADA, conforme o caso, será a única responsável, independentemente da necessidade de comprovação de culpa, por eventual acesso indevido, não autorizado e do vazamento ou perda dos dados pessoais relativos ao tratamento de sua responsabilidade descrito nos itens 1 e 2.

- a) Caso a qualquer das PARTES seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de vazamento de dados que estavam sob responsabilidade da contraparte, fica garantido à parte lesada o direito de chamamento ao processo, ou denúncia à lide, nos termos do Código de Processo Civil.
- b) Em caso de incidente de acesso indevido, não autorizado e do vazamento ou perda de dados cujo tratamento é de responsabilidade de uma das Partes, independentemente do motivo que o tenha ocasionado, deverá ela enviar comunicação à contraparte por escrito, certificando-se do recebimento, imediatamente a partir da ciência do vazamento, contendo, no mínimo, as seguintes informações: (i) data e hora do incidente; (ii) data e hora da ciência pela Empresa; (iii) relação dos tipos de dados afetados pelo incidente; (iv) número de TITULARES afetados; (v) relação de TITULARES vinculados à contraparte e afetados pelo vazamento; (vi) dados de contato do Encarregado de Proteção de Dados (DPO) ou outra pessoa junto à qual seja possível obter maiores informações sobre o ocorrido; (vii) descrição das possíveis consequências do acidente; e (viii) indicação de medidas que estiverem sendo tomadas para reparar o dano e evitar novos incidentes. Caso a parte responsável não disponha de todas as informações ora elencadas no momento de envio da comunicação, deverá enviá-las de forma gradual, garantindo a maior celeridade possível, sendo certo que a comunicação completa (com todas as informações indicadas) deve ser enviada no prazo máximo de 24 horas a partir da ciência do incidente.

Art. 191. A CONTRATANTE disponibiliza toda documentação necessária para demonstrar o cumprimento às obrigações estabelecidas neste contrato ou na legislação de proteção de dados aplicável, sendo facultado à CONTRATADA a realização de auditorias, mediante a contratação de empresa terceira ou não, em período previamente combinado entre as partes. Fica garantido à CONTRATADA o direito à realização de pelo menos uma auditoria semestral nos sistemas da CONTRATANTE, com o objetivo de verificar medidas e controles de segurança da informação e adequação do tratamento de dados pessoais ao objeto e às obrigações do presente contrato.

Art. 192. O presente contrato não autoriza as Partes, quando atuarem como CO-CONTROLADORES, a contratarem OPERADOR, em todo ou em parte, para o exercício de qualquer atividade de tratamento de dados relacionada com os dados pessoais objeto deste Contrato, **exceto os serviços auxiliares necessários para o normal funcionamento dos serviços dos seus serviços.**

- a) Caso haja necessidade de contratar outras empresas, deverá o CONTROLADOR em garantir transparência do outro CONTROLADOR, indicando exatamente os tipos de tratamentos e dados pessoais afetados pela contratação;
- b) Para todos os efeitos, o terceiro contratado será considerado OPERADOR, estando obrigado a, no mínimo, cumprir as obrigações estabelecidas no presente contrato. Cabe ao CONTROLADOR que o contratou garantir que o terceiro contratado estará sujeito às mesmas obrigações deste contrato, sendo inclusive, responsável pelas atividades de tratamento de dados pessoais exercidas pelo terceiro contratado.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS

DS
VJ



Art. 193. Ao término da relação entre as partes e/ou quando a CONTRATADA assim solicitar, mediante eventual solicitação do Titular, deverá a Empresa eliminar, corrigir, anonimizar e/ou bloquear o acesso aos dados pessoais, em caráter definitivo ou não, a critério da CONTRATADA, que tiverem sido tratados em decorrência do CONTRATO, estendendo-se a eventuais cópias, salvo mediante instrução diversa da CONTRATADA na ocasião oportuna.

Art. 194. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I – **CONTRATANTE:** é a pessoa jurídica (qualificada na proposta em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os associados mencionados no objeto do presente contrato.

II - **CONTRATADA:** é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano Unimed ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada unicamente para este plano Unimed.

III - **PROPOSTA:** é o documento validado pela Contratada, preenchido pelo Contratante, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

IV - **A CONFIDENCIALIDADE:** A CONTRATADA deverá guardar e zelar pelo sigilo das informações, provas documentais e elementos fáticos norteadores do direito da mesma, comprometendo-se, ainda, a não repassá-la a terceiros, em qualquer hipótese, respondendo, também, seus prepostos civis e criminalmente pelo descumprimento desta cláusula.

A CONTRATADA declara expressamente e reconhece que as informações e os dados relacionados à prestação dos serviços pertencem exclusivamente à CONTRATANTE, não podem e não serão revelados a quaisquer pessoas que não estejam envolvidos na prestação dos serviços e não serão usados fora do escopo deste contrato.

V- **DA RESPONSABILIDADE SOCIAL:** As partes se comprometem:

- a) Respeitar a legislação atual, que proíbe o trabalho de crianças e adolescentes com menos de 16 anos, exceto na condição de aprendiz, a partir de 14 anos;
- b) Desenvolver esforços para redução, reutilização e reciclagem de materiais e recursos, tais como energia, água, produtos tóxicos e matérias primas, buscando ainda a implantação de processos de destinação adequada de resíduos;
- c) Oferecer condições que não sejam prejudiciais ao desenvolvimento físico, psíquico, moral e social de seus profissionais;
- d) Cumprir obrigações fiscais, tributárias, trabalhistas e previdência.

VI- **ANTICORRUPÇÃO:** Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja,

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





tanto por conta própria quanto através de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção sob as leis de qualquer país, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma que não relacionada a este contrato, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

Art. 195 . Também são assim definidos:

I - ACIDENTE PESSOAL: é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

II - AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano, decorrente da aceitação de inclusão de tratamento doenças pré-existentes e que elide a possibilidade de se omitir atendimentos no período legalmente permitido de 24 meses.

III - ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório (porte anestésico zero), sem necessidade de internação hospitalar, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

IV – BENEFICIÁRIO: é a pessoa física, formalmente vinculada ao Contrato, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, seus respectivos dependentes ou ainda, agregados.

V - BENEFÍCIO: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato.

VI - CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

VII - CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários não têm direito, total ou parcial, às coberturas contratadas.

VIII - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

IX - CERTIFICADO CONTRATUAL: é o documento que, juntamente com o Cartão Individual de Identificação, comprova a contratação do plano de assistência à saúde.

X - CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

XI - CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Contratante se obriga a pagar à Contratada.

XII - COBERTURA: é a cláusula contratada, que o usuário tem direito.

XIII - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado, a suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões pré-existentes, assim caracterizadas pela ANS.

XIV - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





XV - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é o órgão vinculado ao Ministério da Saúde que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

XVI - CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.

XVII - CONTRATO INDIVIDUAL: é aquele oferecido para livre adesão de usuários, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

XVIII - CONTRATO FAMILIAR: é aquele em que é facultado ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

XIX - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado ou companheiro.

XX - DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

XXI - DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes até a data de inclusão no plano.

XXII - ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

XXIII - EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

XXIV - EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.

XXV - EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

São considerados **EXAMES BÁSICOS** de diagnóstico e terapia: 1) análises clínicas; 2) histocitopatologia; 3) eletrocardiograma convencional; 4) eletroencefalograma convencional; 5) exames radiológicos simples sem contraste. São considerados **EXAMES ESPECIAIS** de diagnóstico e terapia: 1) Angiografia; 2) Angioplastia 3) Arteriografia; 4) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; 5) Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido 6) Eletrocardiografia Dinâmica (Holter), 7) Endoscopia diagnóstica e cirúrgica 8) ultrassonografia; 9) tomografia computadorizada; 10) ressonância nuclear magnética; 11) medicina nuclear; 12) densitometria óssea; 13) laparoscopia diagnóstica; 14) monitorização ambulatorial de pressão arterial; 15) litotripsia; 16) radiologia com contraste e intervencionista; 17) cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada; 18) videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; 19) oxigenoterapia hiperbárica; 20) exames e testes alergológicos, 21) Exames e testes oftalmológicos; 22) exames e testes otorrinolaringológicos; 23) eletromiografia; 25) eletroneuromiografia; 24) Prova de função Pulmonar; 25) Inaloterapia; 26) Teste Ergométrico; 27) Exames Genéticos . **São também considerados procedimentos especiais a quimioterapia, a radioterapia, a diálise e a hemodiálise.**

XXVI - GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

XXVII - HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS





XXVIII - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um usuário no plano, após as formalidades legais de contratação.

XXIX - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

XXX - MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

XXXI - MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.

XXXII - ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

XXXIII - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXIV - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.

XXXV - PLANO BÁSICO: Plano de coberturas com internação em quarto coletivo ou enfermaria.

XXXVI - PLANO ESPECIAL: Plano de coberturas com internação em quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante de acordo com a disponibilidade do hospital.

XXXVII - PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

XXXVIII - PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.

XXXIX - PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

XL - RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar constantes do Plano adquirido, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.

XLI - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo ANS através de atos administrativos legalmente previstos, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e o plano referência).

XLII - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.

XLIII - TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.

XLIV - UNIMED RECIFE é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

XLV - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
REGULAÇÃO E
CONTRATOS







XLVI – PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE – são os procedimentos adotados em relação definida pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, referentes a atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, que sofrerão carência de 24 (vinte e quatro) meses para cobertura pelo contrato.


TEMA XIX - ELEIÇÃO DO FORO

Art. 196. Fica eleito o foro do domicílio da **CONTRATANTE**, para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.


Recife, 01 de Novembro de 2022.


DocuSigned by:

 9FB03BB47E72461...
 UNIMED RECIFE – Cooperativa de Trabalho Médico
 Dra. Maria de Lourdes C. de Araújo
 Diretora-Presidente

DocuSigned by:

 36AC010CAB8B400...
 UNIMED RECIFE – Cooperativa de Trabalho Médico
 Dr. Divaldo Gomes Bezerra Filho
 Diretor-Tesoureiro

DocuSigned by:

 181AF7310884E0...
 Hospital do Tricentenário.
 Sr.(a). Gil Mendonça Brasileiro
 Representante Legal

TESTEMUNHAS

DocuSigned by:

 557A718D4905489...
 NOME Angela Canejo
 RG 5.605.451 SSP/PE

DocuSigned by:

 A50CCD23853E4C...
 NOME Geraldo Dantas
 RG 5438003 SDS/PE

DocuSigned by:

 494D1FA879E8461...
 NOME Késia Almeida Lima
 RG 3484558

NOME
 RG

Vanessa Jungmann



ASSESSORA DE
 REGULAÇÃO E
 CONTRATOS

DS


DS




Recife, 13 de Outubro de 2022.
DC. PROP. N.º 05739/2022

À HOSPITAL DO TRICENTENARIO

Prezados(as) Senhores(as),

Estamos apresentando para sua análise e apreciação nossa proposta comercial para prestação de serviços médicos, hospitalares e serviços complementares de diagnóstico e terapia, com a qualidade e a experiência de quem está há 50 anos no mercado cuidando da saúde de mais de 200 mil beneficiários satisfeitos.

A UNIMED RECIFE, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n.º 34.488-5 é uma cooperativa de trabalho médico, criada e dirigida por médicos, cujo maior escopo é a preservação da saúde de todos aqueles que a ela se associarem.

Contando com mais de 115 mil médicos cooperados, distribuídos por mais de 350 Unimeds singulares, presentes em mais de 4 mil municípios brasileiros, é indiscutivelmente a maior entidade prestadora de serviços médicos do país.

A proposta ora apresentada foi estabelecida de acordo com a Lei Federal 9656/98, bem como suas posteriores atualizações, que regulamenta os planos e seguros de assistência à saúde.

O produto oferecido denomina-se **UNIREDE RECIFE - CE - ESPECIAL - COM OBST**, com registro na ANS – Agência Nacional de Saúde número **482.376/19-1**. Possui abrangência **Municipal (urgência/emergência Estadual em PE)**, coberturas ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tendo ainda acomodação em **Apartamento**.

O objetivo da contratação é assegurar a prestação de serviços e coberturas assistenciais médicas, ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, diagnóstico e terapia, visando à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento, bem como a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS, vigente à época do evento.

A UNIMED RECIFE assegura atendimento diferenciado, pois seus colaboradores e dependentes serão atendidos pelos próprios donos, em ampla rede de hospitais e clínicas credenciadas, distribuídas de maneira estratégica, além de uma excelente rede de serviços próprios, com alta qualidade.

Unimed Recife - Cooperativa de Trabalho Médico ANS nº 344885 Centro Administrativo - CNPJ: 11.214.624/0001-28 Av. Lins Petit, 140, Ilha do Leite - Recife - PE, CEP 50.070-230 Call Center 81 3413 8400 / SAC 0800 281 5917.

I- CONDIÇÕES CONTRATUAIS

1. O produto: UNIREDE RECIFE - CE - ESPECIAL - COM OBST, possui registro na ANS – Agência Nacional de Saúde número 482.376/19-1.
2. A contratação Coletiva Empresarial destina-se aos beneficiários (Ativos e Inativos) com vínculo empregatício ou estatutário com a pessoa jurídica Contratante.
3. Este produto é um plano de segmentação Ambulatorial, Hospitalar, com Obstetrícia, conforme Legislação em vigor.
4. A cobertura da assistência médica será assegurada na abrangência Municipal (urgência/emergência Estadual em PE).
5. Durante a internação clínica e/ou cirúrgica, é garantida aos beneficiários, dentro dos recursos próprios ou contratados, acomodação em **Apartamento**.
6. Contratação em regime de preço pré - estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 100/05.
7. A aceitação da presente proposta, a tornará parte integrante do referido contrato.
8. À pessoa jurídica é facultada a opção de contratação de plano único para beneficiários ativos e inativos (demitidos e/ ou exonerados sem justa causa ou aposentados que tenha contribuído para o plano) ou de plano para ativos em separado do plano de Inativos.
9. Caso a empresa opte por contratação de plano exclusivo para beneficiários Inativos (demitidos e/ou exonerados sem justa causa ou aposentados que contribuíram para o plano), deverá ser assinado contrato em separado do contrato de ativos.
10. Para fins de aplicação de reajuste anual, a sinistralidade analisada seguirá o tramite abaixo constante:
 - Mesmo plano para beneficiários ativos e inativos: sinistralidade única e mesmo reajuste para ativos e inativos.
 - Plano Exclusivo para beneficiários inativos: sinistralidade da carteira de planos exclusivos para inativos da operadora de saúde, reajuste exclusivo para inativos.

II – DOS VALORES:

A **UNIMED RECIFE** cobrará mensalmente em pré-pagamento, até o dia 5 (Cinco) de cada mês vigente, os seguintes valores:

A - 2º Via da Carteira: R\$ 5,00 (Cinco Reais)

MESMO PLANO PARA BENEFICIÁRIOS ATIVOS E INATIVOS

FAIXA ETÁRIA	PREÇO POR FAIXA	QTDE VIDAS	PREÇO FINAL
0 a 18 anos	R\$ 298,44	3	R\$ 895,32
19 a 23 anos	R\$ 337,41	1	R\$ 337,41
24 a 28 anos	R\$ 480,24	2	R\$ 960,48
29 a 33 anos	R\$ 511,07	7	R\$ 3.577,49
34 a 38 anos	R\$ 556,19	1	R\$ 556,19
39 a 43 anos	R\$ 685,74	2	R\$ 1.371,48
44 a 48 anos	R\$ 794,97	9	R\$ 7.154,73
49 a 53 anos	R\$ 1.026,55	3	R\$ 3.079,65
54 a 58 anos	R\$ 1.384,31	1	R\$ 1.384,31
59 anos ou +	R\$ 1.785,50	4	R\$ 7.142,00
TOTAL GERAL:		33	R\$ 26.459,06

PLANO EXCLUSIVO PARA BENEFICIÁRIOS INATIVOS

FAIXA ETÁRIA	PREÇO POR FAIXA
0 a 18 anos	R\$ 298,44
19 a 23 anos	R\$ 337,41
24 a 28 anos	R\$ 480,24
29 a 33 anos	R\$ 511,07
34 a 38 anos	R\$ 556,19
39 a 43 anos	R\$ 685,74
44 a 48 anos	R\$ 794,97
49 a 53 anos	R\$ 1.026,55
54 a 58 anos	R\$ 1.384,31
59 anos ou +	R\$ 1.785,50

Os valores ofertados acima estão de acordo com a Tabela de Preços de **Outubro/2022** e são para **33** beneficiários (titulares e dependentes) na modalidade de contratação Coletiva Empresarial.



III – CARÊNCIAS:**GRUPO INICIAL**

Contrato(s) com mais de 29 beneficiários:

Os beneficiários que aderirem ao plano em até 30 (trinta) dias contados a partir da data da celebração do contrato, serão isentos do cumprimento de prazos de carência de acordo com quadro abaixo:

24 horas	Atendimentos de Acidentes Pessoais;
24 horas	Atendimentos das primeiras 12 (doze) horas em casos de urgência e emergência. Sendo o atendimento somente em regime ambulatorial, quando esteja o beneficiário em situação de carência ou cobertura parcial temporária por exclusão de doenças pré-existentes;
24 horas	Consultas médicas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
24 horas	Exames especiais de diagnóstico e terapia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, cirurgias e internamentos clínicos;
24 horas	Parto de urgência e internação dele decorrente
24 horas	Partos a termo

FUTURAS INCLUSÕES

As inclusões de beneficiários, ocorridas após 30 (trinta) dias contados a partir da data da celebração do contrato, deverão respeitar os prazos de carência constantes em quadro indicativo e demais regras abaixo constantes:

24 horas	Atendimentos de Acidentes Pessoais;
24 horas	Atendimentos das primeiras 12 (doze) horas em casos de urgência e emergência. Sendo o atendimento somente em regime ambulatorial, quando esteja o beneficiário em situação de carência ou cobertura parcial temporária por exclusão de doenças pré-existentes;
30 dias	Consultas médicas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
180 dias	Exames especiais de diagnóstico e terapia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, cirurgias e internamentos clínicos;
180 dias	Parto de urgência e internação dele decorrente
300 dias	Partos a termo

DAS INCLUSÕES

As inclusões de novos titulares e dos respectivos dependentes, que ocorrerem em até 30 (trinta) dias da data de sua admissão na empresa, deverão seguir a regra de carências do grupo inicial;

O recém-casado, o menor de 12 anos adotado, sob guarda ou tutela ou ainda cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, que forem incluídos como dependentes dos titulares já pertencentes ao plano em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do evento, aproveitarão os prazos de carências já cumpridos pelos respectivos titulares;

O recém-nascido (filho natural ou adotivo, sob guarda judicial ou tutela) incluídos no plano em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do evento, cujo titular (pai ou mãe) tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias terão isenção de carências, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora;

Caso o titular (pai ou mãe) do recém-nascido (filho natural ou adotivo, sob guarda judicial ou tutela) não tenha cumprido prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, haverá somente o aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, desde que a inscrição seja realizada em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do evento;

Não poderá ser alegada DLP - doença ou lesão preexistente, quando o recém-nascido (natural, adotado, sob tutela ou sob guarda), menor de 12 anos (sob guarda, tutela ou adoção) ou cuja paternidade tenha sido reconhecida, for inscrito no plano em até 30 (trinta) dias contados a partir do evento, porém caso a inscrição ocorra após período de 30 (trinta) dias do evento, poderá ser argüida DLP, bem como imposição de cobertura parcial temporária;

Os prazos de carências cumpridos pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado (inativos) que contribuíram para o plano coletivo empresarial, que optarem no prazo máximo de 30 (trinta) dias após comunicação do empregador, pela manutenção da condição de beneficiário serão aproveitados.

IV - VALIDADE DA PROPOSTA:

Os termos e condições da presente proposta terão validade durante o período de 30 dias. Caso sejam constatadas alterações nas condições estudadas (perfil etário e/ ou quantidade de beneficiários), no momento da contratação, poderá a operadora rever as carências e os valores expressos na presente proposta. Colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários. No aguardo de seu breve pronunciamento, apresentamos nossas cordiais saudações.

Essa proposta esta sujeita a análise de crédito.


Sr. Horácio Tavares

Gestor Comercial de Pessoa Jurídica

DS
VJ

DS
GMB

DS
MLG

