

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES –
EMPRESARIAL – AMBULATORIAL, HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA – COM
ACOMODAÇÃO COLETIVA (ENFERMARIA) – REGISTRO ANS Nº 483.049/19-1.**

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: UNIMED DE MARÍLIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

Nome Fantasia (se houver): Unimed Marília

CNPJ: 66.872.888/0001-60

Registro da Operadora: 336106

Classificação da Operadora: Cooperativa

Endereço: Rua Bororós, nº 225. Bairro: Senador Salgado Filho. CEP 17.502-270, em Marília-SP.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: Associação Comercial e Empresarial de Pompéia

Nome Fantasia (se houver): -----

CNPJ: 44.483.568/0001-86

Inscrição Estadual: Isento

Data de Abertura: 05/07/1974

Endereço: Av. Expedicionário de Pompéia, 217 – Bairro: Centro - Cidade de Pompéia – Cep:17.580-000

Representante Legal: Marineves da Silva Barros Souza

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Nome Comercial: Unimed Essencial

Registro produto na ANS: 483.049/19-1.

TIPO DE CONTRATAÇÃO

O presente contrato caracteriza-se pela contratação de plano privado de assistência saúde, **coletivo empresarial**, para população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como ambulatorial, hospitalar, com obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS editado e suas atualizações.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS ELETIVOS E URGÊNCIA/EMERGÊNCIA ORA CONTRATADOS É CARACTERIZADA COMO MUNICIPAL, EXCLUSIVAMENTE NA CIDADE DE MARÍLIA. SE O BENEFICIÁRIO OPTAR POR ATENDIMENTO FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO CONTRATO, O MESMO NÃO TERÁ DIREITO AO REEMBOLSO.

Dessa forma, somente haverá possibilidade de realização de qualquer procedimento ou atendimento fora da área geográfica de abrangência, acima delineada, em casos de urgência ou emergência¹ devidamente comprovados e auditados posteriormente; o desrespeito à cláusula ora estipulada representará abuso de direito e implicará no não pagamento da despesa ou reembolso dos custos.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO, PARA FINS DE COMERCIALIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO, É CLASSIFICADA COMO MUNICIPAL, EXCLUSIVAMENTE NA CIDADE DE MARÍLIA.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva (enfermaria), sendo que as despesas por utilização diversa da acomodação citada correrão por conta do beneficiário, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da UNIMED conforme disposto no artigo 33 da Lei nº 9.656/98.

Tema I: ATRIBUTOS DO CONTRATO

I - Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei nº 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos e eventos em saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde,

¹ Art. 37-C da Lei 9.656/1998;

através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

II - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro;

III - Na relação estabelecida entre a Operadora (Contratada) e a Contratante não se aplica o Código de Defesa do Consumidor, sendo o contrato paritário, nos termos do art. 421 e 421-A do Código Civil, sendo o contrato analisado pela Contratada e com apoio de Advogado de sua confiança;

- A. Ficam estabelecidos os parâmetros objetivos para a interpretação das cláusulas contratuais, especialmente no que diz respeito a amplitude de cobertura de saúde (álea contratual) estipulada, devendo ser utilizada a interpretação literal e restritiva no que diz respeito ao risco suportado pela Contratada;
- B. Fica estabelecido que a álea (riscos) contratuais são aqueles especificamente determinados no contrato, sendo certo que todo o custeio de procedimentos, tratamentos ou terapias não incluídas no Tema III: COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, fica excluído da álea contratual assimilada pela Operadora de Plano de Saúde (art. 421-A, II do Código Civil);
- C. Caso haja modificação da amplitude de cobertura do contrato, seja por decisão da Contratante, seja por determinação judicial, fica estabelecida a necessidade de revisão do contrato, ainda que de forma pontual em relação ao beneficiário específico, sem que, necessariamente, o contrato tenha de ser modificado em relação aos demais beneficiários (art. 421-A, III do Código Civil);
- D. Todas as coberturas e procedimentos inseridos na álea contratual (Tema III: COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS), acompanharão a atividade normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Lei 9.656/98, integrando-se ao contrato à partir da vigência das respectivas normas e nos exatos termos em que aprovada pela Agência Reguladora e Poderes Legislativo e Executivo;
- E. Insere-se entre os riscos do Contratante os valores suportados pela Contratada no que diz respeito a demandas judiciais pleiteando Coberturas e Procedimentos que não estejam explicitamente traçados nas normas da ANS e leis correlatas;
- F. As partes confirmam, de forma expressa, a não contratação de cobertura superior à estipulada nas normas da ANS e Lei 9.656/98;

IV - A parte aderente fica ciente de que o contrato estabelecido se pauta pela boa-fé objetiva de ambos os contratantes, o que denota a necessidade de que as informações prestadas no momento de adesão ao Contrato, bem como durante toda sua vigência, deverão refletir a realidade das condições de saúde atuais e existência de doenças e lesões pré-existentes, sob pena de rescisão do contrato de forma unilateral, nos termos da legislação vigente;

V - Toda a comunicação aos beneficiários aderentes relativa a limitação de benefícios contratados (COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS) estabelecida no presente contrato; questões relativas a área de abrangência Geográfica do Plano e ausência de cobertura de medicamentos de uso domiciliar (excetuados os legal ou normativamente impostos); questões relativas a composição do preço e obrigatoriedade de custeio da coparticipação são de obrigação da empresa Contratante (Estipulante), ficando a Contratada responsável de forma subsidiária com relação a tal comunicação, devendo se manifestar quando instada;

VI – O Plano Privado de Assistência à Saúde ora entabulado entre as partes **NÃO CONTEMPLA** o Contrato Acessório de Medicação de Uso Domiciliar (Resolução Normativa 487 de março de 2022 do Ministério da Saúde);

Tema II: CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I - 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.

II - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

a) O(s) empregado(s), ativo(s) e inativo(s), celetista ou estatutário, vinculado a pessoa jurídica CONTRATANTE.

b) O(s) sócio(s) com vínculo ativo na pessoa jurídica CONTRATANTE.

III - Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- O cônjuge;
- O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- Os filhos e enteados solteiros, ambos com até 28 anos incompletos;
- Os tutelados e os menores sob guarda;
- Netos solteiros até 21 anos.

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

V - O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravado, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção. **Após o período de 30 (trinta) dias, sem que haja inscrição do dependente no plano ora contratado, a Operadora fica isenta do pagamento de qualquer tratamento ou procedimento posterior, sendo de inteira responsabilidade do titular o pagamento dos custos após exaurido o período de 'graça' para a inscrição.**

VI - Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

VII - Os documentos obrigatórios que deverão ser apresentados no ato da contratação são:

- a) Cópia do CPF e RG do beneficiário titular.
- b) Cópia do CPF e RG de todos os dependentes maiores de 18 anos.
- c) Cópia do CPF e RG de todos os dependentes menores de 18 anos, caso portadores. Eventual ausência de documentação citada é indispensável à apresentação e fornecimento de cópia da certidão de nascimento.
- d) Em caso de inclusão de cônjuge ou companheiro (a), cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável.
- e) Comprovante de residência atualizado, preferencialmente através de conta de telefone fixo.
- f) Cartão Nacional de Saúde para todos os titulares e dependentes.

VIII - A CONTRATANTE deverá encaminhar a proposta de adesão e a cópia dos documentos citados acima até o dia 20 de cada mês, para que seja incluído no primeiro dia do mês subsequente.

IX - Caberá a CONTRATADA exigir que a CONTRATANTE comprove a condição de beneficiário titular/dependente.

Tema III: COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

I - A prestação da assistência médica ora contratada assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, oferecendo cobertura assistencial da segmentação Ambulatorial + Hospitalar, com Obstetrícia, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

II - O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS é de taxatividade mitigada na compreensão dos direitos do beneficiário/contratante e encontra-se disponível para livre consulta no site www.ans.gov.br. Referida compreensão leva às seguintes regras, que ficam, desde já, entabuladas e com as quais o Beneficiário aderente concorda expressamente:

a) Os procedimentos inseridos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS são de cobertura obrigatória, sendo certo que em relação àqueles não inseridos no referido Rol não serão custeados pela Operadora;

b) A parte aderente também fica ciente e CONCORDA EXPRESSAMENTE, que não fora contratada cobertura ampliada ou cobertura para procedimento extra rol, já que isso implicaria em elevação dos prêmios (mensalidades), do plano;

c) A parte aderente fica ciente e CONCORDA EXPRESSAMENTE que a Operadora não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol; assim, em havendo tratamento correlato realizado na área de abrangência do plano, o beneficiário deverá se utilizar da tecnologia já inserida no rol;

III - Os atendimentos serão realizados pelos médicos cooperados e pela rede credenciada da seguinte forma:

a) CONSULTAS: SERÃO REALIZADAS EXCLUSIVAMENTE NO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS UNIMED MARÍLIA E, CONFORME NECESSIDADE INDICADA PELO MÉDICO ASSISTENTE, O PACIENTE PODERÁ SER ENCAMINHADO PARA ATENDIMENTO CLÍNICO, CIRÚRGICO OU AMBULATORIAL NOS DEMAIS PRESTADORES LISTADOS NO GUIA MÉDICO DO PLANO UNIMED ESSENCIAL.

b) ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: AS CONSULTAS MÉDICAS E DEMAIS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA SERÃO REALIZADAS NO PRONTO ATENDIMENTO DA UNIMED MARÍLIA E, CONFORME NECESSIDADE INDICADA PELO MÉDICO ASSISTENTE, O PACIENTE PODERÁ SER ENCAMINHADO PARA ATENDIMENTO CLÍNICO, CIRÚRGICO OU AMBULATORIAL NOS DEMAIS PRESTADORES LISTADOS NO GUIA MÉDICO DO PLANO UNIMED ESSENCIAL.

b.1) PARA A REALIZAÇÃO DE QUALQUER SERVIÇO ELETIVO O BENEFICIÁRIO DEVERÁ OBRIGATORIAMENTE INICIAR O SEU ATENDIMENTO ATRAVÉS DE AGENDAMENTO DE CONSULTA NO PRESTADOR INDICADO NA LETRA "A" ACIMA, OU SEJA, O BENEFICIÁRIO NÃO PODERÁ SE DIRIGIR DIRETAMENTE AOS PRESTADORES CREDENCIADOS/COOPERADOS DA CONTRATADA, EXCETO NOS CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, OCASIÃO EM QUE O BENEFICIÁRIO DEVERÁ SE DIRIGIR AO PRESTADOR LISTADO NO ITEM "B" ACIMA.

c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente, através da guia da CONTRATADA.

d) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência no presente contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento, respeitadas as condições deste contrato.

e) Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos Conselhos de Classe, desde que devidamente credenciados para tanto pela **CONTRATADA**.

f) Os procedimentos com cobertura contratual relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS poderão ser executados pelos profissionais de saúde, nos termos da cláusula anterior, desde que solicitados pelo médico assistente ou pelo cirurgião dentista.

f.1) Para o disposto no item " F " imediatamente acima, o cirurgião dentista somente poderá solicitar ou executar procedimentos previstos nas segmentações Ambulatorial, Hospitalar e Obstetrícia, do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, ao tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico, conforme legislação específica sobre sua profissão e regulamentação de seu respectivo Conselho de Classe, sem prejuízo das regras de credenciamento estabelecidas pela **CONTRATADA** e **MANTIDA AINDA A EXCLUSÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS NA SEGMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA** do Rol de Procedimentos Eventos Em Saúde da ANS.

g) Cobertura das ações de planejamento familiar previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

h) Cobertura assistencial para médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, desde que haja indicação clínica para tanto.

i) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, previstos no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde estão obrigatoriamente cobertos.

j) Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, terão cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária CPT.

k) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de acordo com a segmentação contratada.

l) Cobertura para os procedimentos relacionados com o tratamento de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), bem como o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

IV. O Plano ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar

ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

a) cobertura de consultas médicas em número ilimitado, inclusive obstétrica 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 ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

c) cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nas Diretrizes de Utilização (DUT);

c) Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

d) Cobertura de consultas com nutricionista, de acordo com o limite estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

e) Cobertura de consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo;

f) Cobertura de psicoterapia que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

g) Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

h) Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação ambulatorial;

i) Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme cláusula específica;

j) Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

k) Cobertura de 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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 medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitando preferencialmente as seguintes características:

1.1) 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

l.2) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição da ANVISA;

l.3) Medicamento de uso domiciliar: qualquer medicamento que não seja utilizado diretamente nos procedimentos de internação, ambulatoriais ou em atendimentos hospitalares de urgência ou emergência ou, ainda, que serão utilizados em ambiente domiciliar, mesmo que de aplicação intravenosa ou muscular (injetáveis);

m) Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação ambulatorial;

n) Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais 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 do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

o) Cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

p) Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

V. O plano hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, observadas as seguintes exigências:

a) Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

b) Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

c) Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

c.1) As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;

c.2) Os medicamentos utilizados durante a internação;

c.3) O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas 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

c.4) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

d) 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 aos seguintes critérios:

d.1) 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

d.2) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

e) Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

f) Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:

f.1) Crianças e adolescentes menores de 18 anos;

f.2) Idosos a partir dos 60 anos de idade; e

f.3) Pessoas portadoras de deficiências.

g) Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

h) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

i) Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

i.1) Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

i.2) Quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

i.3) Procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

i.4) Hemoterapia;

i.5) Nutrição parenteral ou enteral;

i.6) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

i.7) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

i.8) Radiologia intervencionista;

i.9) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

i.10) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

i.11) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

VI - A cobertura obstétrica compreende toda a cobertura prevista na cobertura hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

a) Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a.1) Pré-parto;

a.2) Parto; e

a.3) Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

c) Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

d) Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, respeitados os critérios de cooperamento, credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviço de saúde.

Tema IV: EXCLUSÕES DE COBERTURA

I - Fica expressamente ajustado entre as partes que a Unimed não se responsabilizará pela prestação dos serviços de qualquer tipo de internação, taxas, procedimentos, exames, materiais, honorários profissionais e medicamentos abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual e nem aqueles não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações.

II - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é:

a) **Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país;**

b) **São considerados experimentais pelo conselho federal de medicina (CFM) ou pelo conselho federal de odontologia (CFO);**

c) **Cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Anvisa (uso off-label).**

III - 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.

IV - Inseminação Artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides intracitoplasmáticos, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos,

indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

V - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.

VI - 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.

VII - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais previstos nas diretrizes de utilização.

VIII - 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).

IX - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

X - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

XI - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

XII - Tratamentos em clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

XIII - Medicamentos de manutenção para casos de transplantes.

XIV - Exames para utilização de piscinas em clubes esportivos, ginásticas e praticas esportivas.

XV - Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em pleito de terapia intensiva após transplante não coberto, considerando que não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial.

XVI - Atendimento em prestadores de serviços (hospitais, ambulatorios, consultórios, laboratórios etc) localizados fora da área geográfica de abrangência ora contrata ou fora da rede credenciada da Unimed bem como aqueles hospitais considerados de alto custo e/ou que possuem tabela de valores própria, divergente daquela tabela de valores praticada pela Unimed, salvo a exceção constante do artigo 12, inciso VI da Lei 9656/98, resguardada a limitação de valores imposta pelo citado artigo (reembolso correspondente aos valores da tabela praticada pela Operadora).

XVII - Procedimentos odontológicos de qualquer natureza, salvo aqueles previstos na segmentação ambulatorial ou hospitalar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da ANS.

XVIII - Aplicação de Vacinas

XIX - Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Tema V: DURAÇÃO DO CONTRATO

I - O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

II - O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.

Tema VI: PERÍODOS DE CARÊNCIA

I - Os períodos de carências passarão a contar a partir da data de inclusão do beneficiário, salvo os dependentes nascidos na vigência deste contrato e/ou aqueles adotados até 12 (doze) anos de idade, que aproveitarão as carências já cumpridas pelo titular, desde que incluídos em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

II - Os períodos de carência que deverão ser observados pelos beneficiários são os seguintes:

a) 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência decorrente de acidentes pessoais.

b) 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência decorrentes de complicação no processo gestacional ou emergência (definidos no tema específico), cujo atendimento, nestes casos, limitará a obrigação da UNIMED DE MARÍLIA pelo custeio das despesas das 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial. Caso ocorra a necessidade de internação do beneficiário após o atendimento ambulatorial, as despesas daí decorrentes passam a ser de responsabilidade do CONTRATANTE, não cabendo qualquer ônus ou responsabilidade a UNIMED DE MARÍLIA.

c) 60 (sessenta) dias para consultas médicas e para os exames/procedimentos simples, considerado aqueles realizados em nível ambulatorial sem anestesia ou somente com anestesia local, desde que não sejam necessários equipamentos especiais, conforme listagem divulgada no site www.unimedmarilia.com.br.

d) 180 (cento e oitenta) dias para consultas/sessões de fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, atendimento nutricional e terapia ocupacional.

e) 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos ambulatoriais não contemplados nos itens anteriores.

f) 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

g) 300 (trezentos) dias para partos a termo.

III - A lista completa com todos os exames/procedimentos simples foi apresentada ao contratante no momento da contratação e fica disponível no site da operadora. Havendo dúvida, o contratante poderá acionar o Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) da operadora;

IV - A realização de procedimentos ou evento que estejam em período de carência afasta a obrigação do pagamento ou reembolso por parte da Operadora.

V - A lista completa com todos os exames/procedimentos simples foi apresentada ao contratante no momento da contratação e fica disponível no site da operadora. Havendo dúvida, o contratante poderá acionar o Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) da operadora.

VI - No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou de sua vinculação a pessoa jurídica CONTRATANTE.

Tema VII: DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

I - 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.

II - 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.

III - 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.

IV - 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.

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

VI - 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 consequências da omissão de informações.

VII - 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.

VIII - 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. Caso 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.

IX - 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.

X - 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.

XI - O oferecimento do Agravo é opcional para a Operadora, ou seja, o contratante/beneficiário não pode fazer a opção sem anuência da Operadora.

XII - 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 exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

XIII - 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.

XIV - 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.

XV - 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 9.656/1998.

XVI - O Agravo será 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.

XVII - 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.

XVIII - Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

XIX - 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.

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

XXI - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

XXII - 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.

XXIII - 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.

XXIV - Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Tema VIII: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

I - É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

- a) - **Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e**
- b) - **Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente,**
- c) - **Planejamento familiar.**

II - A CONTRATADA garantirá os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

III - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas, caso o beneficiário estiver em período de carência para internação, conforme estabelecido no tema ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

- a) - os atendimentos de urgência referentes à complicação no processo gestacional;
- b) - os atendimentos de emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

IV - Em casos de atendimentos de urgência ou emergência em que houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT), e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados ou decorrentes de doenças ou lesões preexistentes (DLP), a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado apenas e tão somente limitado até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento a nível ambulatorial, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

V - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO.

VI - A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

- a) - Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- b) para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

DA REMOÇÃO PARA O SUS.

VII - À CONTRATADA caberá 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.

VIII - Quando não puder 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.

IX - 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.

X - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO.

XI - Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano, desde que comprovada a dificuldade para a utilização dos serviços.

XII - O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- a) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento.
- b) Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras), relação dos materiais e medicamentos consumidos.
- c) Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem.
- d) Os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o beneficiário.

XIII - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

Tema IX – INEXISTÊNCIA DE ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

- I – O presente contrato **NÃO GARANTE** acesso a livre escolha de prestadores;
- II – O aderente fica ciente e **CONCORDA EXPRESSAMENTE**, com a utilização somente da rede de prestadores listadas no guia médico do PLANO UNIMED ESSENCIAL, bem como com a impossibilidade de pagamento direto ao prestador não credenciado ou reembolso caso haja rede disponível para a assistência à saúde necessária.

Tema X: MECANISMOS DE REGULAÇÃO

I - Os itens inseridos na Cláusula "*Cobertura e procedimentos garantidos*" são taxativos em relação à Contratada, em virtude de integrarem o cálculo atuarial para a composição do preço do produto ofertado, responsabilizando-se o CONTRATANTE por quaisquer outras despesas, ainda que o dever seja imposto por decisão judicial;

II – Além de se mecanismo de regulação, o aderente fica CIENTE de que a "coparticipação", nos termos entabulados nesta cláusula, compõe o preço do produto aderido, sendo certo que a inadimplência quanto ao percentual estabelecido configura inadimplência econômica;

III – O Aderente FICA CIENTE E DECLARA EXPRESSA CONCORDÂNCIA com o percentual coparticipativo inserido no contrato, DECLARANDO, ainda, que o percentual contratado não representa fator limitativo severo aos eventos de saúde, de acordo com as condições econômicas do aderente;

IV - O presente contrato prevê cobrança de coparticipação de acordo com o seguinte critério:

a) Segmento Ambulatorial:

Todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo taxas, materiais, medicamentos quando necessário e solicitado pelo médico assistente e os medicamentos antineoplásicos orais para tratamento domiciliar previstos nas Diretrizes de Utilização (DUT) serão cobrados o percentual de 30% (trinta por cento) da tabela Unimed vigente, limitado à R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento.

b) Segmento Hospitalar:

Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) R\$ 5,00 (cinco reais) por internação não psiquiátrica.

Parágrafo Único: Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano.

V - Somente não estarão sujeitos a pedido prévio de autorização junto a Unimed de Marília as consultas, os exames/procedimentos simples e aqueles realizados em urgência e emergência, que observarão regra específica.

VI - Para fins de atendimento, a UNIMED DE MARÍLIA expedirá carteira de identificação aos beneficiários, contendo as informações sobre o tipo de acomodação, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento.

VII - Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da UNIMED DE MARÍLIA, somente aos beneficiários inscritos, desde que portadores da carteira de identificação e cédula de identidade, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência na forma da Lei nº 9.656/98.

VIII - Nos casos de urgência ou emergência não deverão ser utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este contrato.

IX - Somente nas situações de urgências e emergências, o beneficiário terá direito à internação imediata, respeitadas as condições de carência e cobertura parcial temporária, após o cumprimento da carência de 24 (vinte e quatro) horas, devendo providenciar a guia de autorização para internação hospitalar, em até 02(dois) dias úteis seguintes ao da hospitalização.

X - A UNIMED DE MARÍLIA deverá, salvo intercorrências que a impeçam, emitir sua resposta a solicitação de autorização previa ao CONTRATANTE, no prazo máximo de 01 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

XI - Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, com cobertura contratual relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista vinculado à sua especialidade.

XII - A CONTRATADA disponibilizará guia médico do PLANO UNIMED ESSENCIAL no site www.unimed.coop.br/web/marilia, onde constarão:

a) Endereço e telefone do CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS UNIMED MARÍLIA para agendamento e realização das consultas médicas eletivas;

b) relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia;

c) relação de serviços de urgência/emergência; e

d) relação dos hospitais contratados e/ou próprios.

XIII- A inclusão como contratados ou credenciados de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência deste contrato, salvo as hipóteses reguladas pelas cláusulas seguintes combinadas com o artigo 17, seus parágrafos e incisos da lei 9656/98.

XIV - É facultada a substituição pela UNIMED DE MARÍLIA de entidade hospitalar dela credenciada ou contratada, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor eventualmente cometidas pela entidade hospitalar objeto do descredenciamento.

XV - Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar por vontade da operadora em razão de fraude ou infração às normas fiscais em vigor eventualmente cometidas pela entidade hospitalar, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar a critério médico, na forma do contrato.

XVI - Caso a substituição do estabelecimento hospitalar ocorra por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação do beneficiário, caberá a UNIMED DE MARÍLIA arcar com a responsabilidade da transferência imediata para outro estabelecimento dela credenciado, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o CONTRATANTE.

XVII - Caso o redimensionamento da rede hospitalar acarrete redução da rede de prestadores credenciados da UNIMED DE MARÍLIA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

XIII - Será garantida, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta médica constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da UNIMED DE MARÍLIA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, sendo que caso haja cobrança de honorários estes devem ser suportados pela CONTRATANTE.

XIX - Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos beneficiários na área de atuação da UNIMED DE MARÍLIA, esta orientará o beneficiário para atendimento em outra Cooperativa Médica UNIMED, sendo que as despesas de locomoção serão de acordo com a Resolução Normativa vigente na época do evento.

XX - A responsabilidade da UNIMED DE MARÍLIA pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

XXI - As despesas decorrentes da utilização indevida dos serviços durante os períodos de carências serão de responsabilidade do CONTRATANTE.

XXII - A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, nos termos da legislação em vigor.

Tema XI: FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

I. O regime de formação do preço do presente contrato é caracterizado como pré-estabelecido, ou seja, sendo o valor da contraprestação pecuniária calculado anteriormente a utilização das coberturas oferecidas pelo presente.

II - A mensalidade (prêmio), é composta do valor mensal estabelecido adicionado do valor devido pelas coparticipações de uso exercidas no mês de referência anterior e que se adicionam ao valor da mensalidade após apuração interna; portanto, a coparticipação faz parte do preço do produto adquirido, que é composto pelo valor da mensalidade (prêmio), adicionado da coparticipação relativa ao mês anterior de referência

III. As mensalidades serão pagas pelo CONTRATANTE, na forma de pré-pagamento, no dia **20 (vinte)** de cada mês a que se referir, por intermédio de boleto bancário, onde estarão registrados os vencimentos correspondentes.

IV- O CONTRANTE fica ciente de que os boletos bancários serão enviados por meio eletrônico e pelos correios, sendo de responsabilidade do beneficiário e da Contratante (Estipulante) a veracidade dos dados pessoais declarados pelo aderente a obrigatoriedade de comunicar a operadora de qualquer mudança desses dados, especialmente o endereço cadastrado.

V. Para ter direito aos serviços contratados, o CONTRATANTE pagará a UNIMED DE MARÍLIA, a mensalidade calculada em função de cada beneficiário inscrito (titular ou dependente),

considerando-se a respectiva faixa etária, acrescida da coparticipação, conforme regras estabelecidas no Tema "Mecanismo de Regulação".

VI. Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o (a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 6,00 (seis), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

VII. Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), correção monetária até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

VIII. Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste contrato são de responsabilidade da UNIMED DE MARÍLIA, que se relacionará diretamente com médicos cooperados e serviços contratados. A UNIMED DE MARÍLIA não autoriza qualquer acordo entre os beneficiários e os profissionais cooperados e credenciados e instituições contratadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desobediência ao presente item.

IX. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato em relação aqueles já vinculados no presente.

X. A pessoa jurídica contratante declara que financia (total ou parcial) o plano de saúde dos beneficiários vinculados ao contrato, ou seja, a contraprestação pecuniária do plano coletivo é totalmente ou parcialmente financiada pela pessoa jurídica contratante. A pessoa jurídica contratante deverá comunicar a Operadora quando houver qualquer alteração no financiamento do plano de saúde dentro do prazo de 30 dias da alteração.

Tema XII: REAJUSTE

I - O reajuste da contraprestação pecuniária a ser aplicado ao presente contrato dependerá do número de beneficiários vinculados ao contrato, conforme itens abaixo.

a) O contrato de plano de saúde que possuir até 29 (vinte e nove) beneficiários vinculados na data de seu aniversário, obrigatoriamente fará parte do agrupamento, ou seja, receberá o reajuste previsto no item IV.

b) O contrato de plano de saúde que possuir 30 (trinta) ou mais beneficiários vinculados na data de seu aniversário não fará parte do agrupamento, ou seja, receberá o reajuste previsto no item V.

II - Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente.

III - Ficarão disponíveis no site www.unimedmarilia.com.br o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

IV - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do **CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO** observará o disposto nesse item.

a) Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice **Fipe Saúde**. Este índice será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de março e fevereiro imediatamente anterior ao início do período de aplicação do reajuste.

b) Período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento, imediatamente posterior ao período ao de cálculo do reajuste.

c) Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item a, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

d) Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

e) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 65% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre os meses de março e fevereiro subsequente.

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

$$R = (S / Sm) - 1 \times 100$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

g) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item d, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item a, e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

V - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do **CONTRATO NÃO AGREGADO AO AGRUPAMENTO** observará o disposto nesse item.

a) Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice da **INPC Planos de Saúde**. Este índice será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

b) Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com mais de 30 (trinta) beneficiários, este será reavaliado de forma individualizada, nos termos descritos a seguir.

c) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 65% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apurada no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

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

$$R = (S / Sm) - 1 \times 100$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

e) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item b, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item a, e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

VI - 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.

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

VIII - 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.

IX - Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

X - Tratando-se de plano exclusivo para ex-empregados, observar-se-á:

a) para fins de aplicação de reajuste, a carteira de planos de ex-empregados da operadora será tratada de forma unificada e que será adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

b) será divulgado no site www.unimedmarilia.com.br o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

XI - Os valores em reais dos tetos das coparticipações previstos na cláusula mecanismos de regulação, assim como o valor em real da segunda via do cartão do beneficiário por perda/extravio serão reajustados de acordo com o mesmo índice estabelecido para o reajuste da contraprestação pecuniária, sempre na data de aniversário do contrato.

Tema XIII: FAIXAS ETÁRIAS

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

II - As faixas etárias para os fins deste contrato serão:

FAIXA ETÁRIA	VALOR (R\$)	VARIAÇÃO (%)
0 a 18 anos	R\$ 95,44	0,00
19 a 23 anos	R\$ 112,96	18,36
24 a 28 anos	R\$ 128,46	13,72
29 a 33 anos	R\$ 148,86	15,88
34 a 38 anos	R\$ 165,56	11,22
39 a 43 anos	R\$ 199,06	20,23
44 a 48 anos	R\$ 261,74	31,49
49 a 53 anos	R\$ 334,50	27,80
54 a 58 anos	R\$ 402,21	20,24
59 em diante	R\$ 562,97	39,97

III - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

IV - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

V - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

VI - Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

1. No caso de cancelamento do presente contrato, a CONTRATADA deverá disponibilizar a possibilidade de contratação de plano de saúde do tipo individual/familiar para todos os beneficiários vinculados ao contrato, desde que solicitado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do cancelamento, cabendo à CONTRATANTE (empregadora) informar ao empregado sobre tal cancelamento.
2. Ocorrendo a rescisão do contrato de trabalho mantido pela CONTRATANTE com o beneficiário titular, este e os respectivos beneficiários dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente contrato, motivo pelo qual a CONTRATANTE se compromete de informar a CONTRATADA do encerramento do vínculo empregatício, dentro do prazo de até 30 dias da sua extinção, sob pena de se responsabilizar por eventuais perdas e danos.
3. Nos casos de ex-empregados, demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados, é assegurado ao beneficiário titular o direito à manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que tenha contribuído para o plano de saúde quando da vigência de seu contrato laboral.
 - 3.1. Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.
4. O período de manutenção da condição de beneficiário de ex-empregados em razão de demissão/exoneração sem justa causa deverá ser o correspondente a um terço (1/3) do tempo de permanência do ex-empregado no plano mantido pela contratante, desde que tenha havido contribuição, não podendo tal período de permanência do ex-empregado no plano mantido ser inferior a 06 (seis) meses, nem superior a 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de sua opção de permanência.
5. Em caso de aposentadoria do beneficiário titular, que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde do contratante em razão de vínculo empregatício há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado ao beneficiário e aos beneficiários dependentes a ele vinculado o direito à manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, por prazo indeterminado, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.
 - 5.1. Ao aposentado que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde do contratante em razão de vínculo empregatício por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral.
6. O ex-empregado, exonerado/demitido sem justa causa ou aposentado, para ter direito aos benefícios, além de preencher os requisitos necessários para que lhe seja assegurado tal direito, deverá optar expressamente pela manutenção do benefício junto de sua empregadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

7. A garantia de extensão do benefício de que trata este tema é extensivo ao grupo familiar do beneficiário titular exonerado ou demitido sem justa causa, desde que inscritos na vigência do contrato de trabalho.

8. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes já inscritos no plano de saúde, pelo mesmo período correspondente a que teria direito a permanência o beneficiário titular.

9. O Plano do ex-empregado será cancelado quando:

a) decurso do prazo;

b) admissão do beneficiário titular em novo emprego que lhe proporcione acesso a plano de assistência à saúde; e

c) cancelamento do plano de saúde destinado aos empregados ativos.

10. Será admitida a inclusão posterior apenas de novo cônjuge/companheiro e/ou filhos ainda não inscritos, respeitada a idade limite prevista neste instrumento.

11. Em se tratando de contrato comercializado para empresário individual, anualmente, na data de aniversário deste contrato, a CONTRATANTE deverá apresentar a CONTRATADA documentação comprobatória de sua regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade dos beneficiários titulares.

Tema XVI: CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

I - A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

Beneficiário Titular:

a) pela rescisão do presente contrato;

b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98, observando o disposto no item VII do tema XV do presente instrumento;

c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente;

d) a pedido do beneficiário titular.

Beneficiário Dependente:

a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;

b) a pedido do beneficiário titular;

c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

II - Caberá à pessoa jurídica CONTRATANTE e ao beneficiário titular solicitar a exclusão de beneficiários.

III - A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

a) fraude;

b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998;

c) a pedido do beneficiário titular, desde que o mesmo tenha solicitado à pessoa jurídica contratante a mais de 30 dias.

IV - O beneficiário titular poderá requerer diretamente à CONTRATANTE a sua exclusão e/ou de seus dependentes, sendo indispensável a utilização de um dos seguintes canais disponibilizados pela CONTRATANTE:

- Presencialmente, na sede da operadora;
- Através de telefone disponibilizado no site da operadora; e
- Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS) disponível no site da operadora.

Tema XVII: RESCISÃO

- I. O não pagamento mensal pela CONTRATANTE, integral ou parcial, por período superior a 30 (trinta) dias corridos contados a partir de seu vencimento, ensejará na rescisão ou suspensão do presente contrato, a critério da CONTRATADA, mediante prévia comunicação.
- II. A Notificação se dará da seguinte forma:
- a) A notificação de inadimplência passível de suspensão e/ou cancelamento do contrato poderá ser encaminhada pela operadora para o e-mail fornecido pelo CONTRATANTE ou para o telefone (ligação, WhatsApp, ou SMS) no nº (14) 3452-1288 ou para o endereço residencial.
 - b) Havendo alterações nos dados informados no item anterior, o beneficiário contratante deve comunicar a operadora.
 - c) Não obtendo a ciência da Notificação, a CONTRATADA publicará em Diário Oficial sobre o cancelamento do plano, sem prévia comunicação.
- III. A CONTRATANTE tem um prazo de 10 dias corridos, após a ciência da notificação, para entrar em contato com a CONTRATADA e fazer o acerto das parcelas vencidas.
- IV - Este contrato ainda poderá ser rescindido a qualquer momento, quando:
- a) **Caso as partes não cumpram fielmente as suas cláusulas e condições, ressalvado o caso de calamidade pública ou força maior que não permita às partes o prosseguimento de suas atividades.**
 - b) **Por conduta fraudulenta da CONTRATANTE seja ela omissiva ou comissiva. A CONTRATANTE será comunicada da rescisão do presente mediante simples notificação extrajudicial.**
- V - Caso a UNIMED DE MARÍLIA opte pela suspensão do presente contrato, esta poderá ocorrer a partir do 1º dia útil seguinte ao atraso do pagamento vencido independentemente de notificação, o que desde já se declara ciente a CONTRATANTE.
Eventual suspensão dos serviços oferecidos pelo presente não afasta o direito da UNIMED DE MARÍLIA em proceder a rescisão deste contrato.
- VI - No caso de rescisão do presente em razão do não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes, de despesas tidas pela UNIMED DE MARÍLIA decorrentes de eventuais utilizações indevidas e perdas e danos, se caso.
- VII - O presente contrato só poderá ser rescindido imotivadamente pós decorridos os primeiros 12 (doze) meses contados de sua assinatura, mediante prévia notificação da parte denunciante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
- VIII - Caso a CONTRATANTE rescinda o presente contrato imotivadamente antes de decorridos os primeiros 12 (doze) meses contados de sua assinatura, a CONTRATANTE se obriga a pagar a UNIMED DE MARÍLIA, a título de multa, o valor correspondente a 100% (cem por cento) das mensalidades vincendas até que se complete o prazo de vigência de 12 (doze) meses, utilizando-se como base de cálculo a média ponderada do valor pago a título de mensalidade dos meses cumpridos de contrato no período de vigência.

TEMA XVIII – DA PROTEÇÃO DOS DADOS

I - Para execução do objeto e consequente cumprimento da prestação de serviços médico-hospitalares, as partes tratarão, em conjunto, os seguintes dados: nome, data de nascimento, filiação, sexo, CNS, estado civil, telefone, assinatura e dados financeiros, bem como os dados sensíveis, como dados referentes à saúde, de titularidade dos profissionais vinculados à CONTRATANTE por relação classista ou setorial, na condição de beneficiários titulares, e ainda respectivos cônjuges, companheiros, filhos, enteados, tutelados e menores sob guarda na condição de beneficiários dependentes e definidos no Tema II contrato.

II - O tratamento dos dados também atenderá o que segue:

- a) Preenchimento de ficha cadastral pela CONTRATANTE, coletando os seguintes dados pessoais de seus empregados, sócios e terceiros: nome, data de nascimento, filiação, sexo, CPF, RG, e-mail, CNS, filiação, estado civil, telefone e assinatura. Os dados coletados serão compartilhados com a CONTRATADA para identificação de beneficiários e dependentes aderentes ao plano de saúde.
- b) Compartilhamento mensal do “Analítico de Serviço” pela CONTRATADA à CONTRATANTE, que conterá: nome do beneficiário titular, nome do beneficiário titular ou dependente que utilizou o serviço, nome do prestador, data da utilização, procedimento utilizado e valor para pagamento, pois cabe à CONTRATANTE efetuar o pagamento da mensalidade e da taxa de coparticipação atinente aos serviços prestados aos beneficiários e dependentes pela CONTRATADA, conforme estipula o artigo 8º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da ANS (Agência Nacional de Saúde), sendo direito do devedor ter ciência daquilo que está pagando, conforme estabelecem os artigos 319 e 320 do Código Civil Brasileiro.
- c) Compartilhamento do “Extrato Pormenorizado” pela CONTRATADA à CONTRATANTE, que conterá os critérios técnicos e memória de cálculo utilizados na definição do percentual de reajuste, conforme previsão da Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015, da ANS.
- d) A requerimento do titular, serão enviados pela CONTRATADA à sede da CONTRATANTE os novos cartões emitidos ou as eventuais segundas vias, cabendo à CONTRATANTE a efetiva entrega aos respectivos beneficiários.
- e) Os requerimentos para exclusão de beneficiário titular deverão ser remetidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA em documentação própria e com solicitação expressa do fim da relação contratual, devendo ser apresentados os motivos da exclusão conforme cada caso individual, remessa esta a ser feita por e-mail.

III - Ambas as partes comprometem-se a efetuar o tratamento de dados pessoais sempre visando o atendimento do objeto contratual, da Lei e da tutela da saúde, por meio do sistema online SGUWEB, cujo acesso já é disponibilizado à CONTRATANTE.

IV - Ambas as partes comprometem-se a tratar os dados pessoais, sensíveis ou não, relacionados neste instrumento, nos limites e para as finalidades expostas, sendo que, na eventual necessidade de novos tratamentos, as partes deverão celebrar novo aditivo contratual prevendo o novo tratamento e formalizando as eventuais alterações.

V - A CONTRATADA, na prestação do serviço de saúde, atenderá a normativa princípio lógica da LGPD, com atenção específica aos seguintes princípios:

- a) Da finalidade, realizando o tratamento com objetivos lícitos, particularizados e explícitos, proibido o tratamento de dados à margem das finalidades inicialmente estabelecidas;
- b) Da adequação, atentando-se à completa harmonia entre o tratamento e a finalidade informada aos titulares, observando-se ainda a coerência do tratamento no contexto da finalidade em que inserido;
- c) Da necessidade, restringido o tratamento dos dados exclusivamente ao mínimo essencial ao atendimento das respectivas finalidades;
- d) Da transparência, disponibilizando ao titular, de maneira compreensível e com fácil acesso, todos os esclarecimentos sobre o tratamento realizado;
- e) Do livre acesso e qualidade, também viabilizando ao titular as informações sobre o tratamento dos dados de modo completo e gratuito;
- f) Da segurança e prevenção, comprometendo-se a CONTRATADA a utilizar medidas técnicas e administrativas e de prevenção de riscos aptas e eficazes para assegurar a segurança dos dados pessoais tratados.
- g) Da não discriminação no tratamento dos dados, comprometendo-se a CONTRATADA a também adotar medidas técnicas e administrativas para que os dados tratados não sejam utilizados em atos discriminatórios ou abusivos.

VI - As partes pactuam que a prestação de serviço observará as bases legais previstas na LGPD, relacionando o tratamento dos dados pessoais à estrita finalidade e necessidade do tratamento.

VII - O tratamento de dados de menores de idade deverá ser realizado no melhor interesse dos mesmos, considerando ainda a legislação protetiva específica. Para tratamento de dados de crianças e adolescentes deverá ser concedido consentimento específico pelo responsável legal, exceto em caso de eventuais urgências e emergências, cujo propósito seja a proteção da vida e da integridade física do menor.

VIII - O consentimento dos pais ou responsáveis legais poderá ser suprimido nas situações em que a coleta for necessária para contatar os pais ou responsáveis ou, ainda, para proteção do menor, sendo vedado o compartilhamento dessas informações com terceiros sem o consentimento de seus tutores.

IX - O tratamento dos dados pessoais dos titulares somente pode durar pelo intervalo de tempo essencial ao atendimento da correlata finalidade ou, ainda, pelo período necessário para atendimento a uma obrigação legal ou regulatória correlata.

X - As partes obrigam-se a interromper o tratamento dos dados quando verificado o esgotamento da finalidade ou quando dados específicos deixarem de ser fundamentais ou adequados à finalidade do tratamento, isto seja em atendimento a diretriz da ANS ou por exercício de direito do titular, quando cabível.

XI - Finalizado o cumprimento do objeto contratual, os dados pessoais tratados deverão ser eliminados, autorizada a conservação apenas nas hipóteses do artigo 16 da LGPD.

XII - Na hipótese da CONTRATANTE necessitar armazenar dados pessoais compartilhados pela CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá estabelecer processos internos de governança para a proteção de tais dados, devendo ainda, a CONTRATANTE, na execução e utilização de tais dados nos negócios relacionados aos serviços contratados observar a LGPD e as premissas de governança com seus colaboradores e prestadores de serviços regularmente aceitas no tratamento dos dados obtidos.

XIII - As partes deverão, no mínimo, obedecer aos padrões de segurança que seguem:

- a. Estabelecer Políticas de Privacidade que contemplem a conscientização de colaboradores e parceiros de negócios referente a importância da proteção de dados pessoais, restando vedado o relacionamento com pessoas, físicas ou jurídicas, que venham a descumprir tais normas institucionais.
- b. Conscientizar seus colaboradores acerca da impossibilidade de compartilhamento de dados de acesso, como logins e senhas, com terceiros, uma vez que são de uso pessoal, intransferível e de conhecimento exclusivo do próprio usuário.
- c. Orientar seus colaboradores que, sob nenhuma justificativa, aceitem utilizar logins e senhas fornecidas por colegas, superiores hierárquicos ou terceiros, assumindo o usuário toda e qualquer responsabilidade por eventuais danos.
- d. Estabelecer penas como advertências aos colaboradores que desrespeitem a política de privacidade da empresa, bem como cláusulas penais para parceiros de negócios que deixem de cumprir padrões de segurança.
- e. Possuir canal de informação seguro para que os colaboradores possam reportar aos superiores casos de utilização indevida de logins e senhas, eventuais vazamentos de dados ou qualquer situação que desrespeite os padrões de segurança estabelecido pela organização.
- f. Orientar seus colaboradores acerca da troca periódica de senhas, conforme política interna da empresa, devendo ser estabelecido caracteres mínimos que aumentem a segurança.
- g. Solicitar a suspensão imediata dos acessos de colaboradores desligados da organização, sobretudo àqueles que possuíam acesso aos sistemas de informação.
- h. Possuir software de Antivírus que deverá ser constantemente atualizado, conforme instruções do produto adquirido.
- i. Manter atualizados os Sistemas Operacionais, bem como quaisquer softwares ou ferramentas, utilizados para acessar os sistemas de informações, sobretudo àqueles que contenham dados de beneficiários e dependentes;
- j. Instruir seus colaboradores a não copiar, reproduzir ou distribuir documentos, arquivos ou qualquer informação que não estejam claramente autorizado na política interna da empresa, mantendo a confidencialidade das informações a que vierem ter acesso.
- k. Comunicar a outra parte, imediatamente, em casos de qualquer incidente relacionado ao vazamento de dados, conforme instruções deste contrato.

XIV - A CONTRATANTE compromete-se a manter registro formal de todas as atividades de tratamento de dados pessoais que executar com base nos dados pessoais compartilhados pela CONTRATADA, registrando ainda todos os eventuais compartilhamentos e transferências internacionais.

XV - Ambas as partes comprometem-se a manter registro formal das medidas técnicas e organizacionais de segurança da informação, bem como a confidencialidade e resiliência dos sistemas utilizados.

XVI - A CONTRATADA informa que, para execução do contrato e tutela da saúde, compartilha os dados pessoais, sensíveis ou não, dos beneficiários/dependentes com profissionais de saúde de diversas especialidades, clínicas e hospitais, bem como compartilha os dados em sistemas da informação e outras singulares do sistema UNIMED, para atendimento do usuário em intercâmbio.

Fora isso, também compartilha os mesmos dados com a ANS (Agência Nacional de Saúde) e demais órgãos reguladores para fins de atendimento de determinações legais, compartilhando ainda os dados financeiros dos beneficiários/dependentes com agências bancárias para execução do contrato.

XVII - Ambas as partes comprometem-se a guardar sigilo em relação aos dados pessoais tratados, estendendo-se a obrigação de confidencialidade a todos os colaboradores das partes envolvidos no tratamento, sendo dever de cada parte instruir seus respectivos colaboradores expressa e especificamente sobre a forma pela qual os dados pessoais devem ser tratados, sempre em observância às diretrizes aqui estipuladas.

XVIII - Como ambas as partes declaram ser Controladoras de dados pessoais, comprometem-se a, mutuamente, prestar auxílio aos titulares dos dados para que assegurados os seguintes direitos:

- 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 LGPD;
- e) portabilidade;
- f) eliminação, nos termos legais;
- g) outros previstos no ordenamento jurídico.

XIX - Esgotado o cumprimento do objeto contratual ou quando a CONTRATADA solicitar em função de solicitação do titular, a CONTRATANTE deverá eliminar, corrigir, anonimizar e ou bloquear o acesso aos dados pessoais, de modo definitivo ou não, a critério da CONTRATADA.

XX - Toda solicitação do titular dos dados feita a uma das partes e referente ao objeto deste tema, principalmente o requerimento de eliminação do tratamento dos dados, deverá ser comunicado à outra parte imediatamente ou no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, pelos seguintes endereços eletrônicos:

- a) Se para Contratada: cadastro.movimentacao@unimedmarilia.com.br;
- b) Se para Contratante: atendimento@acepompeia.com.br.

XXI - A CONTRATANTE obriga-se a contratar, manter e indicar um encarregado de dados pessoais, seja presencial ou remoto, que deverá aceitar reclamações e comunicações dos titulares, prestar esclarecimentos e adotar providências; receber comunicações da autoridade nacional e adotar providências; orientar os funcionários e os contratados da entidade a respeito das práticas a serem tomadas em relação à proteção de dados pessoais; e executar as demais atribuições determinadas pelo controlador ou estabelecidas em normas complementares.

XXII - A CONTRATANTE compromete-se a ser a única responsável, sem a necessidade de comprovação de culpa, em caso de vazamento, perda de dados ou acesso indevido de terceiro não autorizado, que acarretem quaisquer prejuízos aos dados que são tratados sob a responsabilidade da CONTRATANTE e expressos neste contrato.

XXIII - A CONTRATADA reserva-se no direito de realizar o chamamento ao processo ou denúncia à lide em relação à CONTRATANTE e conforme previsões do Código de Processo Civil caso seja, a CONTRATADA, acionada por qualquer pessoa, entidade ou autoridade por eventual perda ou vazamento de dados que estavam sob responsabilidade da CONTRATANTE.

XXIV - Na hipótese de incidente, perda ou vazamento de dados pessoais, cuja guarda e tratamento sejam de responsabilidade da CONTRATANTE, independentemente das justificativas do evento, a CONTRATANTE deverá, imediatamente e por escrito, comunicar à CONTRATADA, englobando as seguintes informações no mínimo:

- a) data, hora e local do incidente;
- b) data e hora do conhecimento do fato pela CONTRATANTE;
- c) relação de dados afetados;
- d) relação de titulares afetados;
- e) medidas que estão sendo tomadas para conter os dados;
- f) contato do Encarregado de Proteção de Dados para posteriores informações.

XXV - Caso a CONTRATANTE não possua integralmente as informações acima detalhadas no ato da comunicação inicial, deverá remetê-las à CONTRATADA de forma gradativa, mas nunca ultrapassando o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas a contar da ciência do evento.

XXVI - A CONTRATANTE compromete-se a disponibilizar documentos que comprovem o estrito cumprimento das obrigações deste contrato e da legislação, sendo facultado à CONTRATADA promover, mediante agendamento prévio, auditorias nas dependências da CONTRATANTE referente ao tratamento de dados pessoais relacionados com este aditivo e contrato original, podendo tal auditoria ser feita por meio de empresas especializadas a serem contratadas.

XXVII - As Controladoras comprometem-se em não contratarem operador para tratar os dados pessoais, exceto os auxiliares indispensáveis ao correto cumprimento do contrato e desde que previamente aprovado pelo outro controlador.

XXVIII - Na hipótese de contratação de outras empresas, estas serão classificadas como Operadoras de dados pessoais e, portanto, deverão cumprir todas as obrigações estipuladas neste aditivo, devendo a Controladora contratante orientar as Operadoras sobre quais dados pessoais poderão ser tratados e a forma correta de tratamento.

XXIX - A CONTRATANTE poderá recusar regras ou exigências de negócios definidas pela CONTRATADA que violem objetivos e regras específicas da LGPD, ou se mesmo assim a CONTRATADA proceder em contrariedade direta ou indireta à LGPD, a CONTRATANTE eximir-se-á de qualquer responsabilidade perante a própria CONTRATADA ou perante terceiros, ficando a CONTRATADA responsável pelos danos eventualmente decorrentes do incidente de segurança de dados pessoais.

XXX - Se a CONTRATADA, em função de atividade de tratamento de dados pessoais em violação à LGPD e demais normas correlatas, causar ao titular ou à CONTRATANTE dano patrimonial, moral, individual ou coletivo, é obrigada a repará-lo.

XXXI - Ambas as partes comprometem-se a cumprir a LGPD, devendo a CONTRATADA, sempre que solicitado ou necessário, adequar as regras de negócios às disposições da LGPD, devendo ainda fazer uso de serviços seguindo as regras aplicáveis em relação ao tratamento de dados.

XXXII - Naquilo que conflitarem, as disposições deste aditivo prevalecem sobre as disposições do contrato original.

Tema XIX - DISPOSIÇÕES GERAIS

I - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual do Usuário, o Cartão de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

Tema XX: ELEIÇÃO DE FORO

I - Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio do Contratante para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Marília/SP, 01 de outubro de 2021.

Contratante:

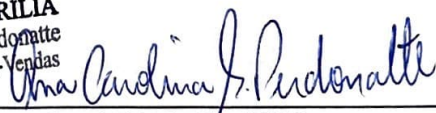


Associação Comercial e Empresarial de Pompéia

CNPJ: 44.483.568/0001-86

UNIMED DE MARÍLIA
Ana Carolina S. Perdonatto
Coordenadora de Pós-Vendas


Contratada:



Unimed de Marília Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ: 66.872.888/0001-60

Testemunhas:



Nome: Valdemir Ap. Lacerda
CPF: 134.535.638-24



Nome: RAFAEL MACHADO MINEI
CPF: 417.475.648-50