

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

COLETIVO EMPRESARIAL - ENFERMARIA
 PLANO AMBULATORIAL/HOSPITALAR/OBSTÉTRICO
 PROTOCOLO PROVISÓRIO ANS Nº 34.208-4
 PROTOCOLO NO MINISTERIO DA SAÚDE Nº 457.976/08-3

I - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATO:

Nome do Plano: UNIMED FÁCIL ACOMODAÇÃO - ENFERMARIA Modalidade: Pré - Pagamento - FATURA	Nº de Registro na ANS: 457.976/08-3
--	-------------------------------------

II - QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

CONTRATANTE

EMPRESA: CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DO ESTADO DE MATO GROSSO

CNPJ: 14.820.959/0001-88

INSC:

ENDEREÇO: AVENIDA HISTORIADOR RUBENS DE MENDONCA, 2368, SALA 101 e 103

BAIRRO: JARDIM ACLIMACAO

TELEFONE: (65)3028-4652 / 9242-4825

E-MAIL:

CIDADE-UF. CUIABA - MT

CEP: 78.050-430

REPRESENTANTE: WILSON FERNANDO V. DE ANDRADE
CARGO: PRESIDENTE

CPF: 236.658.901-87

REPRESENTANTE:
CARGO:

CPF:

CONTRATADA

EMPRESA: UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CLASSIFICAÇÃO: COOPERATIVA MÉDICA

REG. ANS Nº 34.208-4

CNPJ: 03.533.726/0001-88

INSCR. EST.:

ENDEREÇO: Rua Barão de Melgaço, n.º 2.713

BAIRRO: Centro Sul

CIDADE: Cuiabá - MT

CEP: 78.020-800

TELEFONE: (065) 3612-3100

SAC. 24 h: 0800 647-3008 P/SURDOS 0800 647-3110

REPRES: João Bosco de Almeida Duarte
CARGO: Presidente

CPF: 268.625.497-15

RG.: 395.1608 SSP/RJ

REPRES: Antonio Carlos de Carvalho Reiners
CARGO: Diretor de Mercado

CPF: 798.461.908-59

RG.: 211.947 SSP/MT

INTRODUÇÃO

As partes já designadas e qualificadas como **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, resolvem celebrar de forma bilateral o presente Contrato de adesão de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que será regido pelas cláusulas e condições que se seguem, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, e artigo 54 da Lei 8.078/90, gerando direitos e obrigações para ambas as partes.

CLÁUSULA I - OBJETO

1.1. - Trata-se de contrato coletivo Empresarial de pessoas físicas com ou sem grupo familiar, vinculadas a uma pessoa jurídica compreendendo o Plano Ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, tendo por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais de acordo com o Rol de Procedimentos previsto na Resolução Normativa/ANS 211/10 e suas atualizações e com cobertura para todas as doenças do CID - 10 - Código Internacional de Doenças, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, conforme dispõe o inciso I do artigo 1º da Lei nº. 9.656/98, nas cidades de Cuiabá e Várzea Grande.

CLÁUSULA II - DA NATUREZA DO CONTRATO

2.1.- As partes celebram de forma bilateral o presente Contrato de adesão de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que será regido pelas cláusulas e condições que se seguem, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, e artigo 54 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), gerando direitos e obrigações para ambas as partes.

2.2.- O presente Contrato se caracteriza pela **CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL DE PESSOAS FÍSICAS** com ou sem grupo familiar, vinculadas a uma **PESSOA JURÍDICA**, compreendendo o Plano **AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**.

2.3.- O regime de contratação deste Plano deverá obedecer ao seguinte sistema:

- a) Plano de Contratação Coletiva Empresarial - entende-se como aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
- b) **Representatividade** - os Clientes inscritos neste contrato, para fins legais, serão representados pela pessoa Jurídica **CONTRATANTE**, através de seus representantes descritos no contrato social ou na Ata de Eleição e Posse da entidade, e caberá a **CONTRATANTE** a responsabilidade de fornecer aos seus representados qualquer documentação contratual solicitada, além da divulgação de mudanças contratuais pactuadas entre as partes contratantes.

sem justa causa - termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente homologado pelo órgão competente e apresentação da carteira de trabalho CTPS. Aposentados - Comprovante de homologação da aposentadoria. Titulares falecidos - Cópia do atestado de óbito.

a) A condição de permanência no Plano de Saúde para beneficiários demitidos sem justa causa e aposentados deixarão de existir quando da admissão do cliente titular em novo emprego.

6.6.- A CONTRATADA disponibilizará aos empregados, ou ex-empregados da CONTRATANTE, plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, no caso de liquidação ou encerramento do presente contrato, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. (Art. 1º, CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº 19/99). O prazo da nova contratação deverá se dar em 30 dias da data do evento.

6.7.- Entende-se como plano ou seguro de assistência à saúde, de contratação coletiva, empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, conforme caracterizado no artigo 5º, da Resolução Normativa nº 195/2009.

CLÁUSULA VII - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

7.1.- Somente a Contratante poderá solicitar a exclusão dos beneficiários titulares e dependentes do plano, com exceção dos seguintes casos, onde a operadora poderá realizá-la a seu livre critério:

I - Fraude; ou

II - Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência.

III - Será considerado suspenso o presente contrato, se houver atraso no pagamento da fatura mensal, no prazo de 10 (dez) dias a contar do vencimento, sendo restabelecido o seu atendimento apenas quando de seu adimplemento integral.

7.2. Os dependentes, nas circunstâncias previstas na Cláusula Condições de Admissão e Cadastramento, em caso de morte do titular, que não assumirem o compromisso do pagamento integral da mensalidade devida, e/ou encerramento do período de manutenção a condição de beneficiário previsto no art. 30, § 1º, da Lei nº. 9.656/98, perderão a qualidade de beneficiário do Plano.

7.3.- Os demitidos sem justa causa e os aposentados nas circunstâncias previstas na Cláusula Condições Especiais de Permanência no Plano, que não assumirem o compromisso de pagamento integral da mensalidade devida, e/ou encerramento do período de manutenção da condição de beneficiário previsto no art. 30, § 1º, e art. 31 da Lei nº. 9.656/98, perderão a qualidade de beneficiário do Plano.

7.4.- Os demitidos e os aposentados que estiverem usufruindo o benefício previsto na cláusula Condições Especiais de Permanência do Plano, perderá a qualidade de beneficiário quando da admissão em novo emprego.

7.5.- Os filhos solteiros que atingirem a maioridade civil, ressalvando os casos de comprovação da matrícula em instituição de ensino regular, (condição válida apenas para 1 curso superior);

→

CLÁUSULA VIII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

8.1.- A CONTRATADA obriga-se a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais de acordo com o Rol de Procedimentos previsto na Resolução Normativa/ANS 211/10 e suas atualizações e com cobertura para todas as doenças do CID - 10 - Código Internacional de Doenças, e art. 12 da Lei 9656/98 - excetando-se os itens da cláusula referente a "SERVIÇOS NÃO COBERTOS".

8.2.- Os serviços de assistência médica, hospitalar, ambulatorial e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, a saber:

8.2.1.- ESPECIALIDADES MÉDICAS

Estarão a disposição dos clientes inscritos neste Contrato todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

8.2.- SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Somente serão cobertos e autorizados os exames complementares de diagnóstico e tratamento, desde que previamente autorizados pela CONTRATADA e solicitados por médicos cooperados/assistente, com previsão expressa no Rol de Procedimentos do CONSU - Resolução nº. 338/2013 - Publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, em 10.01.2008, além de resoluções normativas posteriores pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

a) EXAMES DE ROTINA

São considerados exames de rotina:

- *Análises Clínicas;*
- *Radiologia Simples.*

EXAMES ESPECIALIZADOS

São considerados exames especializados:

Todos os demais exames previstos no Rol de Procedimentos do CONSU, além de resoluções normativas posteriores, publicada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, com exceção dos exames de rotina.

8.3. - A UNIMED CUIABÁ assegurará aos Beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste contrato, conforme especificado a seguir:

- α) **Consultas:** os beneficiários serão atendidos no CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS UNIMED FÁCIL e pela Rede de Atendimento específica do Plano UNIMED FÁCIL, dentre os médicos cooperados credenciados;

- β) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em clínicas, serviços ou hospitais credenciados da Rede de Atendimento específica do Plano UNIMED FÁCIL;
- γ) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da Rede de Atendimento específica do Plano UNIMED FÁCIL, mediante solicitação do médico assistente;
- δ) Atendimentos de Urgência e Emergência: serão prestados através da Rede Hospitalar específica do Plano UNIMED FÁCIL;

folha nº 53 do Proc.

Nº 226842/2025

8.4.-INTERNACÕES

8.4.1. - Somente serão autorizadas internações hospitalares quando solicitadas e acompanhadas por médicos cooperados/assistentes, excetuando-se os atendimentos de urgência/emergência.

8.4.2. - Para as internações eletivas, o Beneficiário deverá procurar a UNIMED CUIABÁ, antes de se dirigir à Rede Hospitalar UNIMED FÁCIL, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a UNIMED CUIABÁ emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente.

8.4.2.1.- INTERNAÇÃO CLÍNICA COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Com exceção dos atendimentos que caracterizarem situações de urgência ou emergência, quando a autorização será imediata na Rede Hospitalar UNIMED FÁCIL, a rotina para internações clínicas seguirá os seguintes procedimentos:

- 1- O cliente deverá solicitar a autorização da internação clínica na Central de Atendimento da CONTRATADA, munido da solicitação do médico assistente, cartão magnético, carteira de identidade, exames que comprovem o diagnóstico;
- 2- O prazo para resposta de autorização da internação clínica será de 24 (vinte e quatro) horas, após o protocolo do pedido de internação.

8.4.2.2.- INTERNAÇÃO CIRÚRGICA COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Com exceção dos atendimentos que caracterizarem situações de urgência ou emergência, quando a autorização será imediata na Rede Hospitalar UNIMED FÁCIL, a rotina para internações cirúrgicas seguirá os seguintes procedimentos:

- 1- O cliente deverá solicitar a autorização da internação cirúrgica na Central de Atendimento da CONTRATADA, munido da solicitação do médico assistente, cartão magnético, carteira de identidade, exames que comprovem o diagnóstico;

2

2- O prazo para resposta de autorização da internação cirúrgica será de 24 (vinte e quatro) horas, após o protocolo do pedido de internação.

Guia n.º 54 do Proc.

N.º 226282/2015

8.4.3.- INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA

a) Nos atendimentos de urgência/emergência, havendo ou não internação, os serviços serão prestados, obrigatoriamente, pelos médicos plantonistas da Rede Hospitalar UNIMED FÁCIL. Caso o cliente faça opção por outro médico cooperado/assistente, os honorários do mesmo serão de sua inteira responsabilidade.

b) O cliente internado em caráter de urgência/emergência, ou quem por ele responda, se obriga a apresentar à CONTRATADA a solicitação de internação expedida pelo médico assistente, no primeiro dia útil seguinte ao evento ou no prazo máximo de 48 horas, para análise e autorização, se coberto o procedimento, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

c) Em caso de acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, se houver necessidade de evento cirúrgico, leito de alta tecnologia ou procedimentos de complexidade, relacionados a doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença, ou lesão será igual àquela estabelecida para planos ambulatoriais no artigo 2º da Resolução CONSU - Conselho de Saúde Suplementar n.º. 13/98.

d) Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional ao Cliente com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica - porém, ainda cumprindo período de carência - a CONTRATADA se obriga a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial (Art. 4º - Resolução CONSU - Conselho de Saúde Suplementar n.º. 13/98).

e) A CONTRATADA garantirá ao CONTRATANTE, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, sem restrições, após, decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

8.4.4.- PRORROGAÇÃO DA INTERNAÇÃO

A prorrogação do prazo de internação dependerá sempre da solicitação justificada do médico assistente e será apreciada pela auditoria médica da CONTRATADA, devendo o cliente ou quem por ele responda, encarregar-se de providenciar a nova guia no primeiro dia útil seguinte ao vencimento da internação já autorizada.

8.5.- PROCEDIMENTOS: (CONSU - Conselho de Saúde Suplementar n.º. 10/98)

a) Consultas médicas, em número ilimitado, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, inciso I, alínea "a", Lei n.º. 9.656/98);

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, conforme preceitua o caput do artigo 4º, Resolução CONSU n.º. 10;

c) Cobertura de atendimentos caracterizados como urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, conforme Resolução específica do CONSU sobre os casos de urgência e emergência;

d) Cobertura de remoção, após, realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

e) Cobertura para procedimentos considerados especiais, tais como:

Folha nº 55 da Proc.

Nº 226882/2019

Jose

- Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - Quimioterapia ambulatorial;
 - Quimioterapia;
 - Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia);
 - Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - Hemoterapia;
 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;
 - Radioterapia incluindo radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
 - Nutrição enteral ou paraenteral;
 - Cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Fisioterapia;
 - Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, bem como dos transplantes autólogos listados no Anexo I, da Resolução Normativa nº 338/2013, exceto medicação de manutenção.
- f) Cobertura para cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.
- g) Cobertura para cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções e da cirurgia buco-maxilo-facial.
- h) Atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
- i) Cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, salvo as exceções previstas no artigo 10, Lei nº. 9.656/98. (Cobertura das doenças do CID 10)
- j) Internações hospitalares, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, na Rede de Atendimento do Plano UNIMED FÁCIL, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;



k) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

l) Despesas referentes a honorários médicos;

m) Serviços de enfermagem e alimentação durante o período de internação; Folha nº 56 do Proc. 226662/2015

n) 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;

o) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais ou medicamentos, utilizados durante a internação;

p) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, levando em consideração os critérios estabelecidos na cláusula - Atendimento Fora da Área de Atuação;

q) Despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito e maiores de sessenta anos (Direito a acompanhante para menores 18 anos - Artigo 12, inciso II, alínea "f", Lei nº. 9.656/98);

r) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto (Artigo 12, inciso III, alínea "a", Lei nº. 9.656/98);

s) Nos casos de transtornos psiquiátricos que necessitem de atendimento ambulatorial, o presente contrato terá cobertura para:

• O atendimento as emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluída as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes; (Artigo 2º, Resolução nº 11 do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar)

• A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano contrato, não cumulativas; (Artigo 2º, Resolução nº. 11 do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar).

t) Nos casos de transtornos psiquiátricos que necessitem de internação, o presente contrato terá cobertura para:

• Estando o paciente em crise, 30 (trinta) dias de internação por ano contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermagem psiquiátrica de hospital geral.

• 8 semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia

➤ Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, o período se estenderá para 180 dias por ano.

Folia nº 62 do Proc.

- Na intoxicação ou abstinência (dependência química), 15 dias de internação por ano contrato, em hospital geral.
- A cobertura de internação hospitalar, para atendimento dos transtornos psiquiátricos ou intoxicação, nos dias em que excederem a cobertura integral de 15 e 30 dias será cobrada a seguinte co-participação:

PROCEDIMENTOS	CO - PARTICIPAÇÃO
<i>Transtornos Psiquiátricos nos dias que excederem a cobertura integral de 15 e 30 dias: Todos</i>	30% por internação

O cliente pagará em todos os procedimentos acima, as devidas co-participações estabelecidas neste contrato.

J) A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS (Rol de Procedimentos vigente). (Artigo 10, § 4º, Lei 9.656/98);

8.6. - A CONTRATADA reserva-se ao direito de, a qualquer tempo, descredenciar médicos, laboratórios e qualquer outra entidade, a seu exclusivo critério, objetivando aprimorar o padrão de atendimento, com exceção dos estabelecimentos hospitalares, quando a substituição somente poderá ser efetivada mediante prévia notificação aos Contratantes e a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, com prazo de 30 (trinta) dias, ressalvando-se os casos decorrentes de rescisão contratual por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

8.6.1. - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o item anterior, ocorrer por resolução da CONTRATADA ou da ENTIDADE HOSPITALAR, durante período de internação do cliente, obrigam-se: a CONTRATADA e o ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, a manter a internação do cliente, até a sua alta hospitalar.

8.6.2. - Quando a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer em decorrência de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA obriga-se a arcar com todas as despesas necessárias a transferência e continuidade do tratamento do cliente, para outra entidade Hospitalar, nos termos deste contrato.

8.6.3.- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar a ANS autorização expressa para tanto, informando:

- Nome da entidade a ser excluída;
- Capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- Impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
- Justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter a cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

8.7. - Será fornecido a CONTRATANTE o Guia de Médicos Cooperados e Hospitais da Rede de Atendimento do Plano UNIMED FÁCIL, contendo a relação de médicos cooperados e prestadores credenciados pela UNIMED CUIABÁ, poderá ainda consultar a rede credenciada do Sistema Unimed por meio de acesso ao sitio da Unimed na Internet: www.unimedcuiaba.com.br.

Folha nº 56 do Proc.

CLÁUSULA IX - SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO CONTRATO

226682/2015

- a) Tratamento ambulatorial ou hospitalar em instituição que utilize tabela própria não prevista na Nota Técnica Atuarial do presente Plano de Saúde;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia ou esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, o que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).
- c) Tratamento de Medicina Ortomolecular e Mineralograma de Cabelo;
- d) Consultas, Serviços de Enfermagem e fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como, órteses, próteses para o mesmo fim, salvo as cirurgias plásticas reconstrutiva de mama (Art. 10-A, Lei 9.656/98), ou aquelas para recuperação de funções;
- f) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- g) Inseminação artificial;
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, salvo casos de obesidade mórbida previsto no artigo 5º, inciso II, parágrafo único, alínea "a", da Resolução CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 10/98;
- j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
- l) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou

seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta do profissional de saúde habilitado ou cujo o uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao da unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência)

m) Transplantes, excetuando-se os de córnea e rim, bem como dos transplantes autólogos e alogênicos listados no Anexo I, da Resolução Normativa nº 211/2010;

n) Exames Admissionais, Demissionais e Periódicos, relativos à medicina ocupacional;

o) Tratamentos em Clínicas de Emagrecimento, Clínicas de Repouso, Estâncias Hidrominerais, Clínicas para acolhimento de idosos e Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

p) Procedimentos Odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias buco-maxilo-facial, que necessite de ambiente hospitalar, solicitado e executado por médico cooperado-assistente.

q) Atendimentos fora da cidade de Cuiabá e Várzea Grande - MT.

9.2. - A cirurgia plástica restauradora só terá cobertura contratual quando efetuada, unicamente, para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões, desde que, não seja para fins estéticos.

CLAUSULA X - TRANSPLANTES

10.1.- O presente Plano de Saúde não prevê a cobertura de transplantes, excetuando-se os transplantes de córnea e rim, bem como dos transplantes autólogos e alogênicos listados no Anexo I, da Resolução Normativa nº 338/2013, além das despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos.

10.1.1. - Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias a realização do transplante, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

10.1.2. - Os clientes inscritos no plano e candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos - CNCDOs - e sujeitar-se-ão aos critérios de fila única de espera e de seleção.

7

Folha nº 60 do Livro
Nº 12/2010
Juv

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 11, da Lei 9.656/98, e Resolução nº. 2, do CONSU.

11.1. - Da inclusão de clientes com doenças ou lesões preexistentes:

11.1.1 - Para todos os clientes inscritos que apresentarem doenças e lesões pre-existent, será exigida neste Contrato, com número inferior a 30 (trinta) beneficiários, a condição de agravo ou cobertura parcial temporária (carência de 24 meses), cabendo ao cliente, mediante declaração expressa, escolher entre as duas opções apresentadas acima, a que melhor lhe convier.

"GLOSSARIO":

"AGRAVO" - qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao Plano de Saúde;

"COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA" - aquela que admite num prazo determinado - até 24 meses - a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados apenas aos casos de doença ou lesão preexistente.

11.1.2.- Em caso de contratação da cobertura parcial temporária estará suspensa a cobertura de evento cirúrgico, uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente especificada.

11.1.3. - Nos casos de contratação de Agravo, a CONTRATADA obriga-se a esclarecer a CONTRATANTE, quanto à diferença dos valores envolvidos em comparação com os demais planos da mesma segmentação.

11.2.- A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11, da Lei 9.656/98, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como ato fraudulento, salvo se a CONTRATADA no ato da contratação realizar perícia, não cabendo após a contratação a alegação de Doença ou Lesão Preexistente.

11.3.- Fica o CONTRATANTE obrigado a informar a CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito a suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso III, do parágrafo único do artigo 14 da Lei nº. 9.656/98.

11.4.- Será escolhido pelo CONTRATANTE, um médico para proceder a uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos de rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o CONTRATANTE.

11.5.- Caso o CONTRATANTE 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 dessa entrevista. 726862/2-15 536

11.6.- A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde elaborado pela CONTRATADA, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do CONTRATANTE em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

11.7.- O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências em relação a sua omissão.

11.8.- Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada, se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no CONTRATANTE.

11.9.- A CONTRATADA caberá o ônus da prova.

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

11.11.- Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano, o CONTRATANTE terá que ser comunicado imediatamente pela CONTRATADA.

11.12.- Caso o CONTRATANTE não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

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

11.14.- Após o julgamento e acolhida a alegação da CONTRATADA pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o CONTRATANTE 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.

11.15.- Fica estabelecido, que não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pela ANS.

11.16.- A fórmula de cálculo do Agravo será permanentemente disponibilizado pela CONTRATADA, para análise da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, e interessados.

11.17. - Para os clientes contratantes da condição de agravo ou cobertura parcial temporária, será exigido, neste Contrato, o cumprimento das carencias prevista na Cláusula - CARENCIAS!

11.18. - Para efeito de apresentação da DECLARAÇÃO DE SAÚDE, CONTRATANTE e seus clientes - e CONTRATADA, obrigam-se a cumprir bem e fielmente as disposições contidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

11.19. - A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do Cliente sobre a sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11 da Lei nº. 9.656/98, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento, aplicando-se o procedimento previsto na Resolução Normativa nº 162/2007.

11.20. - Caso o número de beneficiários seja igual ou maior que 30 (trinta) no ato da contratação, e a inscrição do beneficiário ocorrer em até 30 dias a contar da sua vinculação com a pessoa jurídica contratante, não será exigido pela CONTRATADA o preenchimento da declaração de saúde para a constatação de doenças ou lesões preexistentes, bem como não poderá ser exigido o cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravado.

CLÁUSULA XII - ATENDIMENTO FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO UNIMED FÁCIL

12.1.- Na necessidade de utilização deste plano de saúde, nos casos de Urgência e Emergência em cidades fora da área de abrangência do Plano UNIMED FÁCIL, fica acordado que a CONTRATADA somente estará obrigada a arcar com os custos semelhantes aos previstos na tabela abaixo, desde que, observadas as cláusulas contratuais e normas administrativas locais.

PROCEDIMENTOS	TABELA
Serviços Médicos	Tabela da Rede UNIMED FÁCIL
Exames Complementares	Tabela da Rede UNIMED FÁCIL
Medicamentos	ABCFARMA
Materiais	Tabela da Rede UNIMED FÁCIL
Internações Hospitalares	HOSPITAIS DA REDE UNIMED FÁCIL

12.2.- Caso existam diferenças nos valores cobrados, estes serão de inteira responsabilidade da CONTRATANTE.

12.3.- Este contrato não prevê atendimento fora da cidade de Cuiabá e Várzea Grande;

12.4.- Este contrato não prevê a autorização de internações e/ou cirurgias em Hospitais que utilizem Tabela Própria - Alto Custo.

CLÁUSULA XIII - REEMBOLSO

13.1.- Em caso de urgência ou Emergência quando se declarar que o CLIENTE não teve condições de utilizar-se dos serviços próprios ou contratados da Rede de Atendimento UNIMED FÁCIL, o mesmo terá direito ao reembolso das despesas havidas, limitadas a abrangência geográfica do contrato, cobertura contratual e aos valores de referência previsto na Cláusula Atendimento Fora da Área de Abrangência do Plano UNIMED FÁCIL, valores esses igualmente atribuídos aos seus serviços próprios ou contratados, ressaltando

que o reembolso nas urgências e emergências não poderá ser inferior ao valor praticado pela CONTRATADA junto a rede de prestadores do Plano UNIMED FÁCIL.

- a) O prazo máximo para a apresentação dos documentos comprobatórios a referendar o pedido de reembolso, será de 01 (um) ano contados da data do evento.
- b) O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da apresentação do pedido.
- c) O pedido de reembolso deverá ser obrigatoriamente acompanhado dos seguintes documentos em seus originais:

- I. Relatório do Médico Assistente.
- II. Conta hospitalar e relatório das despesas com todos os procedimentos e os respectivos Honorários Médicos.
- III. Notas Fiscais e Recibos dos Serviços prestados.

13.2. - Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao cliente, responsabilizando-se a CONTRATADA enquanto perdurar o estado de Urgência ou Emergência.

13.3.- Quando houver Franquia ou Co-participação prevista no Contrato estas deverão ser previamente deduzidas do valor do reembolso.

13.4.- O CLIENTE perderá o direito ao reembolso se deixar de cumprir as exigências desta Cláusula.

CLÁUSULA XIV - REMOÇÃO INTER - HOSPITALAR

14.1.- A CONTRATADA obriga-se a promover a transferência do Cliente internado, para outro hospital mantenedor de convênio com esta, na sua área de abrangência e nos precisos termos deste Contrato, sem nenhum ônus adicional para o paciente, obedecendo aos critérios abaixo estabelecidos:

- a. *As remoções somente serão autorizadas para Clientes internados em ambiente hospitalar, o qual não disponha de condições humanas, físicas, técnicas e/ou tecnológicas para atender sua necessidade específica, para outra instituição hospitalar que disponha, comprovadamente, dos recursos necessários para atender a essa necessidade;*
- b. *A remoção será feita através de unidade terrestre - ambulância - totalmente equipada com os recursos técnicos e humanos dos quais o cliente possa necessitar durante o percurso;*
- c. *Fica a cargo da família e/ou representantes do Cliente internado a responsabilidade por reservar vagas na unidade hospitalar de destino;*
- d. *A remoção diz respeito exclusivamente ao traslado de ida do Cliente, não cabendo à CONTRATADA nenhuma responsabilidade pelo retorno do mesmo, nem reembolsos de qualquer natureza, relativos a passagens e/ou hospedagem*

A

após a alta hospitalar, salvo em casos de remoção do paciente para outra unidade hospitalar para exames inexistentes no hospital em que esteja internado;

- e. A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção, após, realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os Clientes em período de carência para internação hospitalar. (CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 13/98)
- f. Quando não possa haver a remoção por risco de vida, o Cliente e o prestador do atendimento deverá negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus. (CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 13/98)
- g. Caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade de remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- h. 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.
- i. Quando o Cliente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 2º, do artigo 7º, Resolução CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 13/98, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção. (CONSU - Conselho de Saúde Suplementar 13/98).
- j. Nos casos de contratação de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, estará o CONTRATANTE sujeito à cobertura das 12 (doze) horas prevista no artigo 2º, CONSU - Conselho de Saúde Suplementar 13, e, via de consequência, transcorrido este prazo ensejará à remoção para o SUS. (Art. 6º, CONSU 13).

CLÁUSULA XV - DIVERGÊNCIAS MÉDICAS

15.1.- As divergências de natureza médica sobre os atendimentos previstos no presente Contrato serão dirimidas por uma Junta Médica constituída por três membros, sendo um nomeado pela CONTRATANTE, outro pela CONTRATADA e um terceiro desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

15.2.- Se não houver acordo na escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao Conselho Regional de Medicina, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

17

15.3.- Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar e os do terceiro serão suportados pela CONTRATADA.

F. n.º 69 do Pinc.

N.º 226622/2015

CLÁUSULA XVI - CARÊNCIAS.

5-4

16.1.- Será exigido no presente Contrato, caso o número de beneficiários seja inferior a 30 (trinta), a partir da data de sua inclusão no Plano de Saúde, o cumprimento obrigatório dos seguintes prazos de carência:

- a) 24 horas para Acidente Pessoal;
- b) 24 horas para Acidente de Trabalho;
- c) 24 horas para atendimentos de urgência/emergência;
- d) 30 dias para Consultas, Exames de rotina;
- e) 60 dias para Exames Especializados, exceto os constantes nos itens abaixo;
- f) 180 dias para Angiografia Digital, Cineangiocoronariografia, Litotripsia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada;
- g) 180 dias para Fisioterapia;
- h) 180 dias para procedimentos de Ambulatório, Quimioterapia, Radioterapia, Medicina Intervencionista, Internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI/CTI;
- i) 180 dias para Hemodiálise e Diálise Peritonial;
- j) 300 dias para parto a termo;

16.2- Enquanto não cumpridos os prazos de carência acima estipulados, não serão autorizados quaisquer procedimentos.

16.3.- A cobertura do plano estará suspensa, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, nos casos de doenças e lesões preexistentes, aplicando-se a Cláusula (Doenças e Lesões Preexistentes) do presente Contrato.

16.4. - O cliente que optar durante a vigência deste Contrato, pela mudança de acomodação enfermaria para apartamento, deverá cumprir os seguintes prazos para fazer jus a acomodação apartamento:

- 180 dias para internações clínicas em apartamento;
- 300 dias para parto a termo;

Durante o novo período de carência, as internações continuarão sendo permitidas na acomodação enfermaria, desde que o Cliente já tenha cumprido as respectivas carências.

h

16.5. - Caso o presente contrato inicie com número de participantes igual ou maior que 30 (trinta) beneficiários, não será exigidos pela CONTRATADA o cumprimento de carências, desde que a inscrição dos beneficiários ocorra em até 30 dias da assinatura do presente contrato.

16.6. - Caso o presente contrato possua um número de participantes igual ou maior que 30 (trinta) beneficiários, os recém contratados e seus dependentes, incluídos no plano em até 30 dias contados da data da contratação do titular, na empresa, ficarão liberados do cumprimento das carências para todos os procedimentos previstos neste contrato.

16.7 - Após o transcurso do prazo previsto no caput, os beneficiários deverão cumprir os períodos de carência integralmente.

CLÁUSULA XVII - PREÇOS

17.1. - O preço do Plano de Saúde é pré-estabelecido, na forma prevista no Anexo II da Resolução Normativa/ANS 100/2005, e constantes no Anexo I do presente contrato, que são parte integrante deste instrumento.

17.2 - Além da mensalidade, o cliente ao necessitar de atendimento, deverá contribuir - pagar - em co-participação, para a CONTRATADA, por procedimento, na forma abaixo discriminado - levando em consideração a tabela de honorários médicos vigente, que serão cobrados em fatura posterior com a discriminação dos clientes - código de cadastro - utilizadores dos serviços.

PROCEDIMENTOS	CO - PARTICIPAÇÃO
Consultas: Todas	30%
Exames de Rotina: Todos	30%
Exames Especializados: Todos	30%
Atendimentos Ambulatoriais: Todos	30%
Transtornos Psiquiátricos: Todos	30%
INTERNAÇÕES	
HOSPITAIS"	ENFERMARIA
Internação Clínica	R\$ 100,00 por período de internação ininterrupto
Internação Cirúrgica	R\$ 100,00 por período de internação ininterrupto
Internação em UTI/CTI	R\$ 100,00 por período de internação ininterrupto

17.3.- O valor pago em co-participação não será abatido do valor referente à mensalidade do plano, nem isenta o cliente do pagamento da mesma, mesmo nos casos em que este valor supere o valor da contraprestação mensal.

17.4.- Os valores prefixados nos casos de internação em planos hospitalares, não serão indexados a procedimentos e/ou patologias, ou especificados em percentual, exceto para internações em transtornos psiquiátricos.

h

CLÁUSULA XVIII - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Os serviços previstos neste contrato serão remunerados da seguinte forma:

18.1. - INSCRIÇÃO

Pelo cadastramento de cada cliente, serão cobrados os custos administrativos denominados "Taxa de Adesão", conforme Anexo I, a serem pagos mediante emissão de fatura.

18.2. - MENSALIDADE

18.2.1. - PRÉ-PAGAMENTO FATURA: Será emitida uma fatura à CONTRATANTE, com vencimento para o dia 12 de cada mês, cuja importância será obtida da soma dos valores devidos por cada cliente inscrito.

18.2.2. - Serão acrescidos às faturas eventuais valores de co-participação, devidamente discriminados e de acordo com os procedimentos realizados pelos beneficiários titulares e dependentes.

18.2.3. - A co-participação deverá ser paga independentemente se sua cobrança for realizada em mês diferente daquele em que ocorreu o procedimento.

18.2.4. - VIGÊNCIA DO PAGAMENTO: Independentemente da data de vencimento mensal das prestações, acordada no fechamento do contrato, a mensalidade paga, corresponde aos serviços disponibilizados do primeiro ao último dia do mês ao qual se refere a prestação correspondente.

18.3. - FORMA DE COBRANÇA

As faturas das mensalidades serão pagas até o dia estipulado pelas partes no termo de adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprover.

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.

18.4. - PAGAMENTO EM ATRASO

O não pagamento da fatura na data do vencimento implicará na cobrança de multa moratória de 2% (dois por cento) acrescida de juros legais, previsto no código civil, no percentual de 1% (um por cento) ao mês.

18.4.1 - Se a CONTRATANTE não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às conseqüências de juros de mora e multa.

18.4.2. - As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela contratante, mensalmente até a data prevista no calendário de movimentação (Anexo II), sendo que, na falta de comunicação de inclusão ou

de exclusão de BENEFICIÁRIOS, em tempo oportuno a fatura se baseará nos dados que foram disponibilizados, realizando-se os acertos nas faturas subseqüentes.

18.5. - DA RESCISÃO OU SUSPENSÃO UNILATERAL DO CONTRATO

18.5.1. - Será considerado suspenso o presente contrato, se houver atraso no pagamento da fatura mensal, no prazo de 10 (dez) dias a contar do vencimento, sendo restabelecido o seu atendimento apenas quando de seu adimplemento integral.

18.5.2. - Será considerado rescindido o presente contrato se houver atraso no pagamento da fatura mensal por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis rescindi-se também este contrato, mediante notificação escrita, nas seguintes situações:

a) Após o término do prazo mínimo de vigência, imotivadamente, por qualquer das partes, desde que ocorra comunicação formal e prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência;

b) Fraude comprovada, declaração de informações falsas, incompletas ou omissão destas, realizadas pela CONTRATANTE, que influenciem na celebração do contrato;

18.5.3. - A falta da notificação prevista neste artigo implica na subsistência das obrigações assumidas.

18.5.4. - Durante o período de 60 (sessenta) dias compreendido entre a notificação de rescisão e a efetiva rescisão do presente contrato, as partes ficam impedidas de realizarem qualquer inclusão ou exclusão de beneficiários.

18.5.5. - Antes do término do prazo mínimo de vigência é facultada a qualquer das partes denunciarem o presente contrato de forma imotivada, mediante notificação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (Dez por cento) do valor de cada mensalidade que seria devida até o término do período mínimo de vigência.

18.5.6. - A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

18.5.7. - A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessará na data da rescisão formal do mesmo, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

18.6. **REAJUSTE:** Os preços ora pactuados serão reajustados anualmente, após 12 (doze) meses da data de início do Contrato, observando-se o desequilíbrio financeiro gerado pela utilização excessiva de serviços, que comprometam a estabilidade econômico/financeira do Contrato, ou ainda o aumento dos custos médicos e hospitalares, em especial a Tabela de Honorários Médicos - TAMB - e Tabelas dos Hospitais de Mato Grosso, cabendo a CONTRATADA informar a CONTRATANTE, bem como a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o índice de reajuste aplicado.

18.6.1. - Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nº 309/12 e posteriores alterações, se na data do aniversário deste contrato for verificado que a quantidade de beneficiários vinculados a este plano de saúde é inferior a 30

participantes, para o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será considerado o agrupamento deste contrato com todos os demais contratos coletivos da carteira da CONTRATADA que possuam menos de 30 participantes;

§1º - O agrupamento de contratos é a medida da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que tem por finalidade promover a distribuição para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

§2º - Este contrato perderá a condição de agregado ao agrupamento caso no futuro venha atingir 30 participantes ou mais, sendo que, neste caso, o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será feito de forma individualizada, sem considerar qualquer agrupamento.

§3º - A CONTRATADA publicará no site www.unimedcuiaba.com.br o índice de reajuste a ser aplicado no agrupamento de contratos, tal como determina a legislação em vigor.

18.6.2.- Todos os valores previstos no presente contrato serão reajustados automática e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, conforme a seguinte fórmula:

~~$$R = (1 + R_{\text{Financeiro}})^{12} - 1$$~~

§1º - O índice de reajuste financeiro a ser utilizado - RFinanceiro - será o FIPE-SAÚDE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

§2º - O índice de reajuste técnico - RTécnico - será aplicado caso seja apurada sinistralidade superior a 67%, que é a meta de sinistralidade do presente contrato, e será obtido conforme a equação disposta a seguir:

Fórmula do Reajuste Ideal:

$$R_{\text{Técnico Ideal}} = \frac{S + z_{\gamma} \cdot \frac{\sigma_s}{\sqrt{n}}}{S_m} - 1$$

- Onde:
- S = Sinistralidade média do período
 - $z_{\gamma} \sim N(0;1)$ para um determinado nível de confiança γ
 - σ_s = desvio padrão da Sinistralidade mês a mês
 - n = número de meses observados
 - S_m = Meta de Sinistralidade

18.6.3 - O valor do percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

18.6.4. - Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, conforme percentuais estabelecidos na tabela constante do anexo I deste contrato.

18.6.5. - O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;

Folha nº 70 de 100
Nº 226882/2015

- 18.6.6. - O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes contratualmente;
- 18.6.7. - Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;
- 18.6.8. - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro do contrato ora aditivado.
- 18.6.9. - Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA XIX - VIGÊNCIA

- 19.1. - A duração do presente Contrato será de 12 (doze) meses, começando a vigorar a partir da sua assinatura, para efeito de reajuste anual, e da assinatura da proposta de adesão de cada beneficiário, para efeitos de contagem de carência.
- 19.2. - Após a primeira vigência o presente contrato prorroga-se, automaticamente, por prazo indeterminado, caso não haja manifestação por escrito de nenhuma das partes até o 11º (décimo primeiro mês), e sem incidência de taxa de renovação.
- 19.3. - Caso o contratante rescindir o presente contrato, antes do prazo de vigência inicial de 12 meses, caberá a este, o pagamento de multa rescisória fixada em 10% (dez por cento) do valor das mensalidades vincendas.
- 19.4. - Fica resguardado o direito de rescisão unilateral a qualquer tempo, para ambas as partes, observadas as disposições contratuais, mediante prévio aviso de Sessenta dias, por escrito, e a devolução, por parte da CONTRATANTE, dos cartões Magnéticos e outros documentos análogos, fornecidos pela CONTRATADA. (Art. 16, inciso II, Lei 9.656/98).
- 19.5. - Durante o prazo de aviso prévio da rescisão contratual, não será admitida inclusão de novos clientes no Contrato, mesmo os nascidos nesse período.
- 19.6. - A partir do último dia do aviso prévio da rescisão contratual, cessa para todos os efeitos legais, a responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos, já iniciados ou não, ficando a CONTRATANTE responsável por todas as despesas havidas após essa data.

CLÁUSULA XX - DISPOSIÇÕES FINAIS

- 20.1. - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços utilizados fora daqueles pertinentes ao Plano de Saúde, em que estiver inscrito o cliente.
- 20.2. - É responsabilidade da CONTRATANTE notificar a CONTRATADA, qualquer alteração em seus dados cadastrais, bem como de seus representados (funcionários, sócios, associados e/ou proprietários, assim como de seus dependentes).
- 20.3. - O serviço de remoção não inclui traslado de corpo em caso de falecimento do Cliente removido, mesmo que a remoção original tenha sido autorizada pela CONTRATADA

20.4. - Não estão cobertas as remoções aéreas. O cliente que desejar ter a disposição esse serviço, deverá contratá-lo separadamente, através de aditivo contratual, arcando com os custos extras gerados pela inclusão do mesmo.

22/10/2015
3070

20.5. - Fica convencionando que todos os beneficiários da CONTRATANTE que forem incluídos a partir da assinatura do presente contrato, receberão o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.


CLÁUSULA XXI - FORO

21.1. -Fica estabelecido que o foro para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato, será o domicílio do CONTRATANTE, considerando-se a área de abrangência do contrato. (Portaria nº 4 da Secretaria de Direito Econômico do Min. da Justiça).

21.2. -E por estarem justas e contratadas as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor na presença das testemunhas abaixo:

Cuiabá-MT, 27 de outubro de 2015.


Wilson Fernando de Andrade
CONTRATANTE


Antonio B. de B. Pereira
CONTRATADA
Unimed Cuiabá

Testemunhas:


Cadastro Saudemed
65 3052-3761 / 3054-3761
cadastro@saudemedmt.com.br
Saudemed - Unimed

ANEXO I

VALORES - TITULARES E DEPENDENTES DIRETOS
PRÉ-PAGAMENTO - EMPRESARIAL FATURA

FAIXA ETÁRIA	PLANO A ENFERMARIA
00 à 18 anos	R\$ 86,90
19 à 23 anos	R\$ 98,84
24 à 28 anos	R\$ 113,88
29 à 33 anos	R\$ 153,67
34 à 38 anos	R\$ 172,85
39 à 43 anos	R\$ 188,39
44 à 48 anos	R\$ 216,04
49 à 53 anos	R\$ 231,03
54 à 58 anos	R\$ 321,43
59 anos acima	R\$ 478,94
TAXAS ADMINISTRATIVAS	
INCLUSÃO	ALTERAÇÃO / 2ª VIA DE CARTÃO
R\$ 15,00	R\$ 5,00

VARIAÇÃO PERCENTUAL ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS - Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, conforme percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA VARIAÇÃO	PLANO A ENFERMARIA VARIAÇÃO PERCENTUAL
Para 19 à 23 anos	13,74%
Para 24 à 28 anos	15,22%
Para 29 à 33 anos	34,94%
Para 34 à 38 anos	12,48%
Para 39 à 43 anos	8,99%
Para 44 à 48 anos	14,68%
Para 49 à 53 anos	6,94%
Para 54 à 58 anos	39,13%
Para 59 anos acima	49,00%

O valor fixado para última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

Será aplicado o reajuste por faixa etária, quando o cliente completar a idade limite, ressaltando a possibilidade de ser a data de aniversário, no último dia do mês, razão pela qual o mesmo somente arcará com o valor maior, no mês subsequente ao de seu aniversário.

ANEXO II

Folha nº 73 do Proc.

Nº. 276287/2015

Calendário de Movimentação para o Ano 2015

→

Segue abaixo calendário de movimentação para o ano de 2015. Solicitamos que o cadastros via internet sejam cadastrado impreterivelmente ate as datas informadas. Caso seja ultrapassado o prazo informado, as mesmas serão acatadas somente para a movimentação do mês subseqüente.

MÊSES	DIA
Janeiro	14 (Quarta)
Fevereiro	13 (Sexta)
Março	13(Sexta)
Abril	15 (Quarta)
Mai	13 (Quarta)
Junho	15 (Segunda)
Julho	15 (Quarta)
Agosto	13 (Quinta)
Setembro	14 (Segunda)
Outubro	14 (Quarta)
Novembro	13 (Sexta)
Dezembro	10 (Quinta)

↓

2013

ANEXO III

GLOSSÁRIO:

- Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS** - órgão vinculado ao Ministério da Saúde, atua como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à Saúde;
- Acidente Pessoal** - é evento exclusivo, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;
- Acidente de Trabalho** - é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto;
- Agravo** - 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 o prazo de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- Ambulatório** - estrutura onde se realizam atendimentos como: consultas, curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos usuários;
- Atendimento Ambulatorial** - é aquele que se limita aos serviços exequíveis em ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar e procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que prescindam de apoio das estruturas hospitalares por período superior a 12 horas;
- Atendimento de Emergência** - é aquele decorrente de risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- Atendimento de Urgência** - é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional;
- Beneficiário ou Usuário** - é aquele que é favorecido pelos benefícios deste contrato;
- Cálculo Atuarial** - é o cálculo estatístico com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo do usuário, tipo e custos de procedimentos cobertos, com vistas a manutenção da saúde financeira do plano e cálculos de contribuições. (Cálculo que determina os valores a serem cobrados reajuste de mensalidades);
- Carência** - É o prazo contado a partir do início da vigência do contrato ou das novas inclusões, durante o qual os usuários Titulares e Dependentes, não terão direito as coberturas contratadas, pelo período definido para essa restrição;
- Cartão ou Carteira Individual de Identificação** - é a célula 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;
- CID -10** - é o Código Internacional de Doenças, versão 10, divulgado pelo OMS (Organização Mundial de Saúde);
- Cobertura parcial temporária** - É aquela que admite por um período ininterrupto de 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente

às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) - é órgão colegiado integrante do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar;

Contratada - é a UNIMED identificada na Proposta de Adesão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria ou credenciada;

Contratante - é a Pessoa Física identificada na Proposta de adesão, que contrata a prestação de serviços de assistência a saúde para si, seus Dependentes;

Co-participação - É a parte ou percentual do valor contratado pelo usuário, junto a Operadora, cujo pagamento, ensejará na liberação dos procedimentos qualificados neste contrato;

Dependentes - são os usuários descritos na Cláusula Segunda do contrato;

Doenças ou Lesões Preexistentes - São aquelas que o usuário ou seu responsável tinham ser portadores na época de contratação do plano;

Doença - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico;

Doenças Profissionais - são aquelas que tiveram origem em decorrência de condições adversas do ambiente de trabalho;

Médico Cooperado - é o médico que participa com cotas, numa das Cooperativas de Trabalho Médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED;

Nota Técnica Atuarial - É o estudo matemático e atuarial, feito por técnico capacitado. Serve para fixar as taxas dos prêmios de saúde. É a justificativa da formação inicial dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde;

Operadora - é a Pessoa Jurídica contratada como responsável pela elaboração e comercialização do Produto;

Orteses - Dispositivos mecânicos aplicados sobre segmentos corporais, para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função, durante o ato cirúrgico;

Patologia(s) - são modificações funcionais produzidas pela doença no organismo;

Plano - é a opção de coberturas adquiridas pelo Contratante;

Próteses - Dispositivos mecânicos utilizados no tratamento de algumas patologias, que substituem a função de um segmento ou órgão, visando sua restauração;

Rol de Procedimentos do CONSU - É uma lista de procedimentos (exames, cirurgias, tratamentos, etc.) que serve como referência básica para cobertura assistencial conforme cada modalidade do Plano ou Seguro de Saúde.

Central de Atendimento- 24 horas- SAC. 0800 647 3008 para Surdos 0800 647 3110

4