

**TERMO DE ADESÃO AO CONVÊNIO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE**

**ENTIDADE ASSOCIATIVA: CAMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS DE JARAGUÁ DO SUL, CDL – 519, CNPJ: 82.739.061/0001-30, sediada a Rua: Jorge Czerniewicz, 100 Bairro: Czerniewicz, Jaraguá do Sul/ SC.**

**UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA, CNPJ: 76590884/0001-43, sediada a Rua Otto Boehm, 478, Centro, Joinville/SC.**

**EMPRESA CONTRATANTE: ASSOCIACAO DOS MUNICIPIOS DO VALE DO ITAPOCU, CNPJ 83.784.090/0001-86, sediada a Rua ARTHUR GUMZ, 88 – Bairro VILA NOVA, Jaraguá do Sul / SC.**

Considerando seu interesse de obter condições benéficas para prestação de assistência privada à saúde das pessoas vinculadas aos seus associados, a **ENTIDADE ASSOCIATIVA** resolve firmar o presente convênio com a **UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA**.

**Cláusula 1ª: DO OBJETO**

A **ENTIDADE ASSOCIATIVA** se compromete a dar publicidade ao presente convênio estimulando seus associados a contratarem plano de saúde para seus funcionários, sócios e dependentes, da **UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA**.

**Cláusula 2ª: DAS CONDIÇÕES DO CONVÊNIO**

A **UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA** disponibiliza o **PLANO DE SAÚDE UNIFLEX ESTADUAL** que possui cobertura para procedimentos eletivos, em todas as cidades do estado de Santa Catarina, nos valores abaixo relacionados:

Tabela Balcão				
Coletivo Empresarial - A+H+Ob - Estadual - Enfermaria				
Registro	435.165/01-7	435.166/01-5	435.167/01-3	Variação Entre Faixas
Faixa Etária	0%	20%	50%	
0 - 18	162,74	121,90	93,88	0,0%
19 - 23	203,43	152,38	117,35	25,00%
24 - 28	257,14	192,61	148,33	26,40%
29 - 33	304,33	227,95	175,55	18,35%
34 - 38	358,04	268,18	206,53	17,65%
39 - 43	423,13	316,94	244,08	18,18%
44 - 48	491,47	368,13	283,50	16,15%
49 - 53	558,21	418,12	322,00	13,58%
54 - 58	650,98	487,61	375,52	16,62%
59 ou +	836,51	626,58	482,54	28,50%

Tabela Balcão				
Coletivo Empresarial - A+H+Ob - Estadual - Apartamento				
Registro	435.168/01-1	435.169/01-0	435.170/01-3	Variação Entre Faixas
Faixa Etária	0%	20%	50%	
0 - 18	226,03	169,97	133,53	0,0%
19 - 23	282,54	212,46	166,91	25,00%
24 - 28	357,13	268,55	210,97	26,40%
29 - 33	422,66	317,83	249,68	18,35%
34 - 38	497,26	373,93	293,75	17,65%
39 - 43	587,66	441,91	347,15	18,18%
44 - 48	682,57	513,28	403,21	16,15%
49 - 53	775,26	582,98	457,97	13,58%
54 - 58	904,11	679,87	534,08	16,62%
59 ou +	1.161,78	873,63	686,29	28,50%

§1º Para novas vendas serão fechadas apenas empresas com a adesão mínima de 3 (três) titulares.

### Cláusula 3ª: DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

A **UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA** assegura uma bonificação adicional, para as empresas **CONTRATANTES** associadas à **ENTIDADE ASSOCIATIVA** havendo alteração no número de inscritos no Convênio, conforme escala abaixo descrita, com base em uma avaliação realizada a cada 120 dias:

Se o convênio atingir um número de:



Dr. Alberto Gögelnin Neto  
Diretor Presidente



Dr. Jauro Soares  
Diretor Superintendente



- 150 inscrições na data da avaliação, a Unimed bonificará a contratante em 5% (cinco por cento), do valor das mensalidades praticadas.

Coletivo Empresarial - A+H+Ob - Estadual - Enfermaria				
Registro	435.165/01-7	435.166/01-5	435.167/01-3	Variação Entre Faixas
Faixa Etária	0%	20%	50%	
0 - 18	154,60	115,81	89,19	0,0%
19 - 23	193,25	144,76	111,49	25,00%
24 - 28	244,27	182,98	140,92	26,40%
29 - 33	289,09	216,56	166,78	18,35%
34 - 38	340,11	254,78	196,22	17,65%
39 - 43	401,94	301,10	231,89	18,18%
44 - 48	466,85	349,73	269,34	16,15%
49 - 53	530,25	397,22	305,92	13,58%
54 - 58	618,38	463,24	356,76	16,62%
59 ou +	794,62	595,26	458,44	28,50%

Coletivo Empresarial - A+H+Ob - Estadual - Apartamento				
Registro	435.168/01-1	435.169/01-0	435.170/01-3	Variação Entre Faixas
Faixa Etária	0%	20%	50%	
0 - 18	214,73	161,47	126,85	0,0%
19 - 23	268,41	201,84	158,56	25,00%
24 - 28	339,27	255,13	200,42	26,40%
29 - 33	401,53	301,95	237,20	18,35%
34 - 38	472,40	355,24	279,07	17,65%
39 - 43	558,28	419,82	329,80	18,18%
44 - 48	648,44	487,62	383,06	16,15%
49 - 53	736,50	553,84	435,08	13,58%
54 - 58	858,91	645,89	507,39	16,62%
59 ou +	1.103,70	829,97	652,00	28,50%


Dr. Alberto Gugelmin Neto  
Diretor Presidente


Dr. Jauro Soares  
Diretor Superintendente

- 300 inscrições na data da avaliação, a Unimed bonificará a contratante em 8% (oito por cento), do valor das mensalidades praticadas.

Coletivo Empresarial - A+H+Ob - Estadual - Enfermaria				
Registro	435.165/01-7	435.166/01-5	435.167/01-3	Variação Entre Faixas
Faixa Etária	0%	20%	50%	
0 - 18	149,72	112,15	86,37	0,0%
19 - 23	187,15	140,19	107,96	25,00%
24 - 28	236,56	177,20	136,46	26,40%
29 - 33	279,97	209,72	161,50	18,35%
34 - 38	329,38	246,74	190,00	17,65%
39 - 43	389,26	291,60	224,54	18,18%
44 - 48	452,13	338,69	260,80	16,15%
49 - 53	513,53	384,68	296,22	13,58%
54 - 58	598,88	448,61	345,45	16,62%
59 ou +	769,56	576,46	443,90	28,50%

Coletivo Empresarial - A+H+Ob - Estadual - Apartamento				
Registro	435.168/01-1	435.169/01-0	435.170/01-3	Variação Entre Faixas
Faixa Etária	0%	20%	50%	
0 - 18	207,95	156,37	122,85	0,0%
19 - 23	259,94	195,46	153,56	25,00%
24 - 28	328,56	247,06	194,10	26,40%
29 - 33	388,85	292,40	229,72	18,35%
34 - 38	457,48	344,01	270,27	17,65%
39 - 43	540,65	406,55	319,41	18,18%
44 - 48	627,96	472,21	370,99	16,15%
49 - 53	713,24	536,34	421,37	13,58%
54 - 58	831,78	625,48	491,40	16,62%
59 ou +	1.068,84	803,74	631,45	28,50%

  
Dr. Alberto Gugelmin Neto  
Diretor Presidente

  
Dr. Jairo Soares  
Diretor Superintendente







- 500 inscrições na data da avaliação, a Unimed bonificará a contratante em 11% (onze por cento), do valor das mensalidades praticadas.

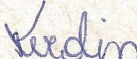
Coletivo Empresarial - A+H+Ob - Estadual - Enfermaria				
Registro	435.165/01-7	435.166/01-5	435.167/01-3	Variação Entre Faixas
Faixa Etária	0%	20%	50%	
0 - 18	144,84	108,49	83,55	0,0%
19 - 23	181,05	135,61	104,44	25,00%
24 - 28	228,85	171,41	132,01	26,40%
29 - 33	270,84	202,86	156,23	18,35%
34 - 38	318,64	238,66	183,80	17,65%
39 - 43	376,57	282,05	217,21	18,18%
44 - 48	437,39	327,60	252,29	16,15%
49 - 53	496,79	372,09	286,55	13,58%
54 - 58	579,36	433,93	334,17	16,62%
59 ou +	744,48	557,60	429,41	28,50%

Coletivo Empresarial - A+H+Ob - Estadual - Apartamento				
Registro	435.168/01-1	435.169/01-0	435.170/01-3	Variação Entre Faixas
Faixa Etária	0%	20%	50%	
0 - 18	201,17	151,27	118,84	0,0%
19 - 23	251,46	189,09	148,55	25,00%
24 - 28	317,85	239,01	187,77	26,40%
29 - 33	376,18	282,87	222,23	18,35%
34 - 38	442,58	332,80	261,45	17,65%
39 - 43	523,04	393,30	308,98	18,18%
44 - 48	607,51	456,82	358,88	16,15%
49 - 53	690,01	518,86	407,62	13,58%
54 - 58	804,69	605,09	475,37	16,62%
59 ou +	1.034,03	777,54	610,85	28,50%

  
Dr. Alberto Gugelmin Neto  
Diretor Presidente

  
Dr. Jauro Soares  
Diretor Superintendente






- 1000 inscrições na data da avaliação, a Unimed bonificará a contratante em 16% (dezesesseis por cento), do valor das mensalidades praticadas.

Coletivo Empresarial - A+H+Ob - Estadual - Enfermaria				
Registro	435.165/01-7	435.166/01-5	435.167/01-3	Variação Entre Faixas
Faixa Etária	0%	20%	50%	
0 - 18	136,70	102,40	78,86	0,0%
19 - 23	170,88	128,00	98,58	25,00%
24 - 28	215,99	161,79	124,61	26,40%
29 - 33	255,62	191,48	147,48	18,35%
34 - 38	300,74	225,28	173,51	17,65%
39 - 43	355,41	266,24	205,05	18,18%
44 - 48	412,81	309,24	238,17	16,15%
49 - 53	468,87	351,23	270,51	13,58%
54 - 58	546,80	409,60	315,47	16,62%
59 ou +	702,64	526,34	405,38	28,50%

Coletivo Empresarial - A+H+Ob - Estadual - Apartamento				
Registro	435.168/01-1	435.169/01-0	435.170/01-3	Variação Entre Faixas
Faixa Etária	0%	20%	50%	
0 - 18	189,87	142,77	112,17	0,0%
19 - 23	237,34	178,46	140,21	25,00%
24 - 28	300,00	225,57	177,23	26,40%
29 - 33	355,05	266,96	209,75	18,35%
34 - 38	417,72	314,08	246,77	17,65%
39 - 43	493,66	371,18	291,63	18,18%
44 - 48	573,39	431,13	338,73	16,15%
49 - 53	651,26	489,68	384,73	13,58%
54 - 58	759,50	571,06	448,67	16,62%
59 ou +	975,96	733,81	576,54	28,50%

  
Dr. Alberto Gugelmin Neto  
Diretor Presidente

  
Dr. Jaurel Soares  
Diretor Superintendente

§ 1º: A bonificação somente será aplicada se o número de inscrições inicial for de no mínimo 150 vidas. Esta bonificação poderá aumentar ou diminuir dependendo do número de beneficiários inscritos na data das avaliações, conforme especificado acima.

#### Cláusula 4ª: DO REAJUSTE DE VALORES

Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e as verbas a que se refere à Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados conforme:

§ 1º O reajuste dos contratos das empresas será aplicado a cada 12 (doze) meses, conforme previsto no contrato.

#### Cláusula 5ª: DO PRAZO

O início de vigência deste termo dar-se-á a partir da data de:

§1º: O presente termo tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

§2º: Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por igual período sem cobrança de qualquer taxa ou valor.

§3º: A rescisão do convênio firmado entre a **UNIMED** e a **ENTIDADE ASSOCIATIVA** não implicará na rescisão automática dos planos de saúde contratados pelas pessoas vinculadas, devendo estes serem informados por escrito mediante respectivas cláusulas contratuais, dos novos valores que serão aplicados no contrato.

§4º: As empresas que se desligarem a **ENTIDADE ASSOCIATIVA** perdem automaticamente as condições de preços e bonificações constantes neste termo de compromisso, ficando a associação, responsável pela informação de exclusão de algum associado de seu quadro.

Dr. Alberto Gugelmin Neto  
Diretor Presidente

Dr. Jauro Soares  
Diretor Superintendente



www.unimed.coop.br/santacatarina  
Rua Otto Boehm, 478 - América  
89.201-700 - Joinville - SC  
T. (47) 3441-0500  
F. (47) 3441-0510

### Cláusula 6ª: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Os associados em favor de quem se formaram as presentes considerações, assinarão individualmente os respectivos contratos, termo de adesão ao convênio e demais documentos pertinentes, consoante opção por eles realizada, observados os parâmetros da cláusula 2ª.

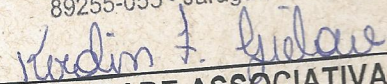
Jaraguá do Sul, 26 de agosto de 2015

  
UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINAS



EMPRESA CONTRATANTE

CÂMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS  
CNPJ: 82.739.061/0001-30  
Rua Octaviano Lombardi, 100  
Czerniewicz - Cx. Postal 242  
89255-055 - Jaraguá do Sul - SC

  
ENTIDADE ASSOCIATIVA

Testemunhas:

1- Denise m. Rosa  
Nome: Denise Moretti Rosa  
CPF: 005.110.189-08

2- Denize m  
Nome: Elenize Mielke  
CPF: 075.239.159-30



**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL N° 5869000001**  
**UNIFLEX ESTADUAL COPARTICIPAÇÃO 50%**  
**PLANO REFERÊNCIA - ACOMODAÇÃO COLETIVA**

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

**a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

Unimed do Estado de Santa Catarina

CNPJ: 76.590.884/0001-43 Registro da Operadora na ANS n° 35569-1

Classificação: Cooperativa Médica

Endereço: Rua Otto Boehm, n° 478 CEP. 89.201-700

Bairro: Centro Cidade: Joinville/ SC

**b) QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE**

Razão Social\*: Assoc. dos Mun. do Vale do Itapocu

Nome Fantasia: AMVALI

CNPJ: 83.784.090/0001-86

Endereço: Arthur Gummz

N°: 88 Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: Vila Nova

Cidade: Jaraguá do Sul UF: SC


\* A Contratante solicitará por escrito a inclusão ou exclusão de filiais, assumindo ambas todas as obrigações constantes do contrato.


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

**N° DO REGISTRO NA ANS: 435167013**

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

**e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:** Plano-Referência previsto na Lei 9656/98, que abrange as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação coletiva.

  
Dr. Alberto Gugelmin Neto  
Diretor Presidente

  
Dr. Jauro Soares  
Diretor Superintendente



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

- a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:
  - Cópia do: contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;
- b) **Apresentar:**
  - a relação dos funcionários inscritos no FGTS;
- c) **Preencher e assinar:**
  - Contrato e Proposta de Contratação;
- d) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 10 (dez) beneficiários.

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

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

**Parágrafo Quarto.** É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, quaisquer alterações dos dados cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes (endereço, telefone, documentação, dentre outras). O CONTRATANTE também fica obrigado a fornecer a qualquer momento informações para, atualizar ou complementar os dados junto a CONTRATADA, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor, **incluindo do CPF dos dependentes inscritos no plano, cuja informação se torna obrigatória a partir dos 18 (dezoito) anos.**

**Parágrafo Quinto.** Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

## II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados beneficiários titulares do plano de saúde aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados:

- **Entende-se como relação empregatícia ou estatutária** os empregados/funcionários da pessoa jurídica CONTRATANTE que mantém vínculo laboral;

**Também são considerados beneficiários titulares do plano de saúde os:**

- a) sócios da pessoa jurídica contratante;
- b) administradores da pessoa jurídica contratante;
- c) trabalhadores temporários;
- d) estagiários e menores aprendizes;

7. Seja paga a inscrição e a mensalidade no vencimento.

**Parágrafo Quinto.** A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo(a) CONTRATANTE a CONTRATADA.

**Parágrafo Sexto.** A inscrição do beneficiário titular e dependentes, fica condicionada a apresentação e preenchimento da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

1) **Preencher e assinar:**

- Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE;
- Carta de Orientação ao Beneficiário;
- Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);
- O Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária.

2) **Apresentar:**

**TITULAR:**

- Cópia do CPF, CNS, RG ou RIC;
- **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove. Abaixo exemplos de comprovante de residência:
  - Conta de água, luz ou telefone
  - Contrato de Locação
  - Declaração de endereço
- **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**
  - a) Funcionários:**
    - Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo); ou
    - Cópia da Ficha de Registro do Empregado – assinada e carimbada pela empresa; ou
    - Contra cheque, folha de pagamento.
  - b) Temporário, estagiário ou menor aprendiz:**
    - Contrato de Trabalho; ou
    - Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro).
  - c) Sócios:**
    - Contrato Social
  - d) Administradores:**
    - Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica;
  - e) Agente Político**
    - Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.

**DEPENDENTES:**

- **Esposa:** Cópia CPF, CNS, RG ou RIC e Certidão de Casamento;
- **Companheira:** Cópia CPF, CNS, RG ou RIC e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
- **Filhos menores de 18 anos:** Cópia CNS, Cópia da Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;



- 6) cobertura de consultas/sessões de: fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física) fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;
- 7) sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;
- 8) ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:
- a) planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
  - b) concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
  - c) anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
  - d) atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
  - e) aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
  - f) atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.
- 9) cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- a) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
  - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de

- d) a cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**
- 12) todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;
- 13) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;
- 14) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- 15) cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- 16) exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 17) órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA;
- a) é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a **prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões)** das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora.
- 18) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;

- ✓ são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- ✓ cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).
- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.
- e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- g) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatórios, clínicas), com exceção dos 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;
- h) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC;
- i) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- j) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet ([www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br));
- k) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- l) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- n) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- o) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;



## CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da inscrição do beneficiário no plano:

	CARÊNCIAS
• Urgência e Emergência	24 horas
• Consultas médicas	30 dias
• Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia	30 dias
• Consultas/sessões de Fisioterapia	90 dias
• Parto a Termo	300 dias
• Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
• Todos as demais coberturas	180 dias

**Parágrafo Primeiro.** Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

**Parágrafo Segundo.** O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

**Parágrafo Terceiro.** Os beneficiários titulares e dependentes que formalizarem o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato, exceto os dependentes recém-nascidos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

**Parágrafo Quarto.** Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

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

**Parágrafo Sexto.** O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas.



Dr. Alberto Gugelmin Neto  
Diretor Presidente



Dr. Jauro Soares  
Diretor Gerente de Saúde



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

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

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclussões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

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

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

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

**Parágrafo Décimo Segundo.** A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

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



## II – Remoção:

A CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas situações abaixo descritas, em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

**Parágrafo Primeiro.** Após atendimentos classificados como urgência ou emergência a CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

1. se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, **a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento**, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e
2. quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

**Parágrafo Segundo.** Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**Parágrafo Terceiro.** Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o beneficiário em período de cobertura parcial temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

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

- 1) Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:
  - a) De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
  - b) De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
  - c) De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.

**Parágrafo Segundo. Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa nº 259 ou outra norma que venha a substituí-la, para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo:**

- a) **Atendimento de urgência ou emergência: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador** de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.
- b) **Atendimento eletivo em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador** de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:
  1. O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a CONTRATADA, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;
  2. A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;
  3. O município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

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

**Parágrafo Quarto.** A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

**Parágrafo Quinto.** A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário, junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas (*cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento*). Necessário apresentar também:

- a) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência:** declaração do médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou
- b) **Em caso de atendimento eletivo:** número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.

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

## II. Cartão De Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o *cartão individual de identificação*, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

**Parágrafo Primeiro.** Antes da primeira utilização do cartão, inclusive nas renovações, este deverá ser desbloqueado pelo beneficiário titular do plano, conforme orientações constantes na etiqueta do cartão.

**Parágrafo Segundo.** Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

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

## III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

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

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

**Parágrafo Segundo.** A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um terceiro profissional, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

**Parágrafo Terceiro.** O atendimento e autorização observará:

- I. **Consultas Médicas:** Os beneficiários são atendidos no consultório, dos **médicos cooperados**, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;
- II. **Consultas/Sessões com: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista:** são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia

**Parágrafo Quinto.** Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

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

**Parágrafo Sétimo.** Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá comunicar à CONTRATADA, através do telefone informado no verso do cartão do plano de saúde, para o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

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

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

**Parágrafo Nono.** Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do sítio [www.unimed.coop.br/atendimento/976](http://www.unimed.coop.br/atendimento/976), sob a indicação de Rede ES01. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site".

**Parágrafo Décimo.** Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 365/14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outra que a substitua. Informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: [www.unimed.coop.br/atendimento/976](http://www.unimed.coop.br/atendimento/976) e na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no cabeçalho deste contrato e verso do cartão.

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

- I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- II. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se



quanto às informações do extrato de serviços prestados, o(a) CONTRATANTE pode solicitar a CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

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

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

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

**Parágrafo Décimo.** A CONTRATADA reserva-se o direito de realizar a cobrança em decorrência de coparticipação em até 60 dias após o recebimento da cobrança relativa ao serviço realizado.

**Parágrafo Décimo Primeiro.** Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador:

- a) O critério adotado para definição de preço único ou para aglutinação inferior a 10 faixas etárias tem como base o cálculo da receita média per capita do intervalo de faixas a serem unificadas. Sobre a receita per capita calculada há também um acréscimo de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) para cada faixa etária aglutinada, a título de margem de segurança, em virtude do risco de alteração na idade média do grupo após a contratação e para compensar a perda dos reajustes por mudança de faixas etárias que ocorreriam anualmente.
- b) O cálculo da receita média per capita das faixas que serão aglutinadas é realizado através da média simples, obtida da seguinte forma: soma-se o valor da mensalidade de cada um dos beneficiários a serem inscritos nas faixas etárias que serão unificadas, obtendo a receita total desse grupo, que é dividida pelo número total de beneficiários dessas faixas.
- c) A participação do empregador no custeio do plano de saúde se dará conforme descrito na Proposta de Contratação, campo rateio de custos.

## CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE

Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como as verbas a que se refere à Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme parâmetros abaixo:

I. Contrato com 30 (trinta) ou mais beneficiários:

- a) Reajuste conforme a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao

$$\text{SIN} = \left( \frac{\text{Total de Despesas Assistenciais} - \text{Total de Co-participação}}{\text{Total de Receitas Líquidas do Período}} \right) * 100$$

- Portanto, quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de 70% (setenta por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, (IRT% +IGPM).
- c) A CONTRATADA divulgará o índice de reajuste apurado no portal corporativo até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, bem como a relação dos contratos agrupados. O índice apurado será aplicado no período de maio do ano corrente até abril do ano seguinte, na data de aniversário de cada contrato.

### III. Contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados (demitidos ou aposentados):

- a) Quando se tratar de contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados, previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, o índice de reajuste será apurado considerando a sinistralidade (nos termos do inciso I) somada a variação do índice previsto, em todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados de forma unificada. Não se aplica o disposto no inciso II.
- b) O percentual de reajuste aplicado à carteira de ex-empregados será divulgado pela CONTRATADA em seu Portal Corporativo na Internet em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

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

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

**Parágrafo Terceiro.** O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

### CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

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



Dr. Alberto Gugelmin Neto  
Diretor Presidente

29



Dr. Jairo Siqueira  
Diretor Superintendente



- c) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da comunicação do direito ao benefício, que deverá ser formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria;
- d) encaminhe o formulário com a opção de manutenção do plano devidamente preenchido e assinado;
- e) a partir da opção de manutenção do plano, na condição de ex-empregado, assumo o pagamento integral da mensalidade por faixa etária, coparticipação e incluindo, quando houver, os valores relativos ao agravo, decorrente de doença ou lesão preexistente.

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

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

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

**a) Para os demitidos ou exonerados sem justa causa:**

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

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

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

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

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

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

- c) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;
- d) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- e) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual;
- f) se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, **desde que o beneficiário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência**, implicará na suspensão do atendimento ou na exclusão, do beneficiário e dependente em atraso, a critério da CONTRATADA;

**Parágrafo Primeiro.** Também serão excluídos os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

**Parágrafo Segundo.** A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de Vínculo dos beneficiários titulares com o(a) CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

**Parágrafo Terceiro.** Os beneficiários dependentes inscritos no plano conforme cláusula de Condições de Admissão, que perderem a condição de dependência, poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda do direito, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, descontadas os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumprida neste contrato.

**Parágrafo Quarto.** Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de ex-empregado, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, que deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

**Parágrafo Quinto.** O (A) CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

## CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O atraso do pagamento dos valores devidos, relativos a mensalidades e coparticipação, superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA.

**Parágrafo Primeiro.** O presente contrato rescindir-se-á, também:

**Imotivadamente** – Somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses:

- 1. por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito de 60 (sessenta) dias.

**Motivadamente** – A qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias:

- 1. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;



***Transplante de Medula Óssea: Alogênico e Autólogo***

- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre  
Av. Professor Annes Dias, 295, Centro Porto Alegre/RS  
(51) 3214-8297 / (51) 3214-8526
- Hospital Erasto Gaertner  
Rua Dr. Ovande do Amaral 201, Jardim das Américas Curitiba/PR  
(41) 3361-5000

**III - SIGILO MÉDICO**

Compromete-se o(a) CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

**IV - RECLAMAÇÕES**

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas à CONTRATADA, através dos canais de comunicação SAC ou Ouvidoria, informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde entregue ao(s) beneficiário(s), ou ainda, serem remetidas por meio de correspondência.

**CLÁUSULA 18ª - FORO**

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



Dr. Alberto Gugelmin Neto 35  
Diretor Presidente



Dr. Jauro Soares  
Diretor Superintendente



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADICIONAIS A PLANO DE SAÚDE  
UNIFLEX ESTADUAL COLETIVO - CONTRATO N.º. 5869000001**

**QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE**

Razão Social: Assoc. dos Mun. do Vale do Itapocu

Nome Fantasia: AMVALI

CNPJ: 83.784.090/0001-86

Endereço: Arthur Gummz

N.º: 88 Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: Vila Nova

Cidade: Paraguá do Sul UF: SC

**QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA**

Unimed do Estado de Santa Catarina

CNPJ: 76.590.884/0001-43

Registro da Operadora na ANS n.º 35569-1

Classificação: Cooperativa Médica

Endereço: Rua Otto Boehm

n.º 478.

CEP: 89.201-700

Bairro: CENTRO

Cidade: JOINVILLE

UF: SC

**1) SERVIÇOS ASSEGURADOS E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO.**

Também estão cobertas pelo contrato as coberturas adicionais, não previstas na Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a saber:

**I. TRANSPORTE TERRESTRE E AEROMÉDICO DE URGÊNCIA.**

O serviço de transporte terrestre e aeromédico de urgência está à disposição durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia. O atendimento será efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central de Atendimento/Regulação, observadas as limitações de cobertura contratuais e o prazo de 60 dias de carência, contados a partir do início de vigência do presente contrato ou da inscrição de novo usuário.

**Parágrafo Primeiro.** Além do transporte terrestre de um hospital para outro com maiores recursos, cuja cobertura já está assegurada na cláusula de remoção de seu plano de saúde, o usuário poderá requerer o transporte:

- a) aéreo, de um hospital para outro mais próximo que disponha dos recursos necessário para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no seu contrato de assistência à saúde.



Dr. Alberto Gugelmin Neto  
Diretor Presidente



Dr. Jairo Soares  
Diretor Superintendente



## II. FUNDO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL (FEA)

Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes, tem direito aos serviços previstos neste plano, pelo prazo de até 3 (três) anos contados a partir do dia seguinte a data do óbito do titular, sem exigência de pagamento das mensalidades.

**Parágrafo Primeiro.** Perderá imediatamente referido benefício o dependente que, no curso dos 3 (três) anos, deixar de apresentar as condições que o autorizariam a ingressar no plano na qualidade de dependente, caso o usuário fosse vivo, conforme definição na Cláusula Condições de Admissão.

**Parágrafo Segundo.** O direito ao FEA não se efetuará:

- a) se na data do óbito as mensalidades não estiverem em dia;
- b) se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;
- c) para os usuários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data do falecimento do titular;
- d) para os usuários que, mesmo inscritos na qualidade de usuários dependentes, não atendam às condições estabelecidas na Cláusula Condições de Admissão por ocasião do óbito do usuário titular.

**Parágrafo Terceiro.** Consideram-se dependentes aptos a participarem do FEA, segundo regulamento próprio, aqueles regularmente inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão exceto os agregados definidos como pai, mãe, sogro e sogra.

**Parágrafo Quarto.** O direito ao FEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil, desde que inscrito conforme Cláusula Condições de Admissão.

**Parágrafo Quinto.** O direito ao FEA fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, no prazo de até 30 (trinta) dias após o óbito do titular, do Atestado e Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos necessários à comprovação da dependência.

**Parágrafo Sexto.** Os cartões individuais de identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela identificação pessoal do FEA e a assistência médica hospitalar será prestada pela Unimed do Estado de Santa Catarina, responsável pelo custo assistencial durante o benefício do FEA.

**Parágrafo Sétimo.** Depois de extintos os benefícios do FEA, os usuários dependentes poderão adquirir novo plano da Unimed sediada no local de sua residência, desde que seja no Estado de Santa Catarina.

**Parágrafo Oitavo.** Os usuários terão o prazo de 30 (trinta) dias para manifestar sua intenção de aquisição do novo plano contado da data da extinção do FEA.

**Parágrafo Nono.** O presente benefício se extinguirá a partir do óbito do titular do plano de saúde e conseqüente gozo do benefício do FEA pelos respectivos dependentes legais inscritos.



Dr. Alberto Gúgelmin Neto  
Diretor Presidente




3  
Dr. Jairo Soares  
Diretor Superintendente



# PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

Nº \_\_\_\_\_

SAC: 0800 64 80 400

 www.unimed.coop.br/atendimento/976UNIMED 58690000-1

## PLANO UNIFLEX ESTADUAL ACOMODAÇÃO REFERENCIA CO-PARTICIPAÇÃO 50 % COLETIVO EMPRESARIAL Nº DO REGISTRO 435167013

### DADOS DA OPERADORA

Razão Social: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS		Registro ANS n.º 35.569-1			
Endereço: RUA OTTO BOEHM	Nº 478	Bairro: CENTRO	Cidade: JOINVILLE	UF SC	CEP 89.201-700
CNPJ: 76.590.884/0001-43	Inscrição Estadual ISENTO	Telefone (047) 3441-0500	Fax (047) 3441-0510		

### DADOS DO(A) CONTRATANTE

Razão Social: ASSOCIACAO DOS MUNICIPIOS DO VALE DO ITAPOCU

CNPJ: 83.784.090/0001-86	Inscrição Estadual:	Pessoa de Contato: Daiane	E-mail: administrativo@amvali.org.br	
Endereço da Sede: RUA ARTHUR GUMZ		Nº 88	Complemento:	
Bairro: VILA NOVA	Cidade: JARAGUA DO SUL	UF SC	CEP 89259-340	Fone: 47-3370-7933
Endereço de Correspondência:		Nº	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	UF	CEP	

### VALOR DO PLANO POR BENEFICIÁRIO (R\$)

ATIVOS		INATIVOS	
Taxa de Inscrição	25,00		
00 a 18	93,88	00 a 18	93,88
19 a 23	117,35	19 a 23	117,35
24 a 28	148,33	24 a 28	148,33
29 a 33	175,55	29 a 33	175,55
34 a 38	206,53	34 a 38	206,53
39 a 43	244,08	39 a 43	244,08
44 a 48	283,50	44 a 48	283,50
49 a 53	322,00	49 a 53	322,00
54 a 58	375,52	54 a 58	375,52
A partir de 59	482,54	A partir de 59	482,54

Início Vigência: <u>26 / 08 / 2015</u>	Total de Beneficiários: <u>30</u>	Vencimento da Fatura	
		Mensalidade	Co-participação
		10 ( ) 13 ( ) 15 (X)	15

### \*RATEIO DE CUSTOS % - PARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO

	Empresa	Beneficiário Titular	Beneficiário Dependente
Mensalidade	50%	50%	100%
Co-participação	0%	100%	100%
% Fixo - desconto salário titular	-	-	-

\* É de responsabilidade da CONTRATANTE, informar à CONTRATADA sempre que houver alteração na informação do rateio de custo descrita.

**VENDEDOR(A)**

Nome **DENISE M.ROSA**

N.º 155

Seguro Proteção Familiar, Seguro de Vida em Grupo e Seguro Garantia Funeral, tem início de sua vigência a partir de 01 / 10 / 2015, independente da data de início de vigência do plano de saúde.

Anexar fotocópia dos documentos previstos na Cláusula Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante.

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os fins de direito que:

- 1. Tabela de custos:** Especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e 279/11 que recebi a tabela de custos com os valores do plano dos funcionários ativos, mesmo que a Contratante tenha pactuado critério de valor diferente de dez faixas etárias ou haja subsídio do empregador, conforme consta no contrato, na cláusula de formação de preço e mensalidade e a tabela de custos por faixa etária, para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.
- 2. Manual de Orientação:** Especialmente em face das disposições da Instrução Normativa/DIPRO nº 20 (anexo I) da ANS – Agência Nacional de Saúde que a CONTRATANTE entregará o MPS – Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde sempre que beneficiários titulares manifestarem interesse na adesão ao plano.

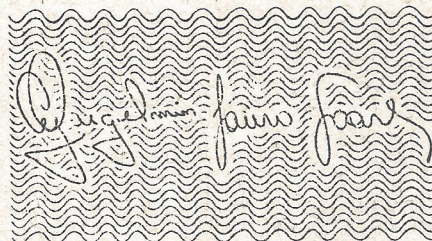
**OBS: Conforme IN/DIPRO 20/09 da ANS:**

Art. 5º O Guia de Leitura Contratual será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.

proprio' ida sul, 26 de agosto de 2015.

Local e data

Contratante



VÁLIDO PARA CONTRATOS

Contratada

Denise M. Rosa

Testemunha

Nome: Denise Moretti Rosa  
CPF: 005.110.189-08

Elenize M.

Testemunha

Nome: Elenize Mielke  
CPF: 075.239.159-30