

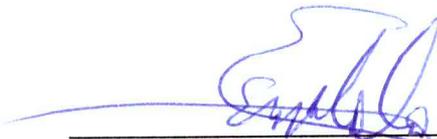
PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO - COLETIVO EMPRESARIAL - Nº 026. 10821					
Corretora: UNIMED BLUMENAU		Vendedor/Gestor: JONATAS LUDERS		Cód. Vendedor/Gestor: 46	
DADOS DA OPERADORA					
Razão Social: UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO				CNPJ: 82.624.776/0001-47	
Registro ANS: 33456-1		Inscrição Estadual: ISENTO		Endereço: RUA DAS MISSÕES	
Bairro: PONTA AGUDA		Cidade: BLUMENAU		Estado: SC	
		CEP: 89.051-900		Fone: (47) 3331-8500	
DADOS DA CONTRATANTE					
Razão Social: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES PUBLICOS DE TIMBO					
CNPJ: 20.727.444/0001-30				Inscrição Estadual: ISENTO	
Ramo de Atividade: REGULAÇÃO DAS ATIVIDADES DE SAUDE, EDUCAÇÃO, E OUTROS SERVIÇOS SOCIAIS					
Endereço Comercial: AVENIDA GETULIO VARGAS					N.º: 700
Complemento: ANEXO PREDIO PREFEITURA				Bairro: CENTRO	
Cidade: TIMBO		UF: SC		CEP: 89.120-000	
E-mail: eduardoespindola@timbo.sc.gov.br		Telefone 01: (47) 3399 0220		Telefone 02: (47) 99616 4090	
É de responsabilidade da Contratante informar à Operadora qualquer alteração nos dados acima.					
DADOS DO PLANO					
Produto: UNIFLEX ESTADUAL EMPRESARIAL – REFERENCIA 20				Registro Produto na ANS: 435.022/01-7	
Vigência: 01/04/2018		A Contratante declara que tomou conhecimento de todos os termos do Plano Referência que corresponde a cobertura Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia em Acomodação Coletiva, podendo contratá-lo quando de seu interesse.			
VALOR DA MENSALIDADE POR FAIXA ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS ATIVOS					
00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43
R\$ 301,00	R\$ 301,00	R\$ 301,00	R\$ 301,00	R\$ 301,00	R\$ 301,00
44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou +	Valor Limite de Coparticipação:	
R\$ 301,00	R\$ 301,00	R\$ 301,00	R\$ 301,00	R\$ 185,00	
VALOR DA MENSALIDADE POR FAIXA ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS NA CONDIÇÃO DE DEMITIDO OU APOSENTADO					
00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43
R\$ 84,59	R\$ 104,04	R\$ 128,57	R\$ 151,40	R\$ 177,62	R\$ 206,38
44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou +	Valor Limite de Coparticipação:	
R\$ 236,82	R\$ 279,94	R\$ 341,67	R\$ 462,62	R\$ 185,00	
Os valores acima serão reajustados anualmente conforme cláusula contratual, a qual a CONTRATANTE declara que teve prévio conhecimento da metodologia do cálculo eleito neste ajuste.					
RATEIO DE CUSTOS % - PARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO NO PAGAMENTO DO PLANO					
	Empresa			Titular	
Mensalidade:	55%			45%	
É de responsabilidade da Contratante, informar à Operadora sempre que houver alteração nos percentuais acima.					
DADOS FINANCEIROS					
Forma de Pagamento: <input checked="" type="checkbox"/> Fatura ou <input type="checkbox"/> Débito Automático em Conta Corrente, sendo obrigatório envio da autorização.					
Vencimento: 10		E-mail para recebimento das faturas: eduardoespindola@timbo.sc.gov.br			
DECLARAÇÃO E CIÊNCIA					
A Contratante declara, para fins de direito, que recebeu:					
<ul style="list-style-type: none"> Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde-MPS anteriormente a assinatura da proposta, e, se compromete a entregar cópia do mesmo aos beneficiários titulares que manifestarem interesse no ingresso no plano de saúde; Informações sobre as principais características do contrato a ser firmado, tais como o tipo de contratação, regras de rescisão, regras de cálculo e aplicação de reajuste, inclusive sobre o agrupamento dos contratos coletivos. 					
ACESSO AO PORTAL					
Login: 10821			Senha: abcd1234		

Blumenau, 01 de abril de 2018.



Operadora
UNIMED BLUMENAU-COOPERATIVA
DE TRABALHO MÉDICO

FOR-147



Contratante
FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE
DOS SERV PUB DE TIMBO
Eduardo Espindola
Assessor Institucional de
Política Pública de Saúde

Rev: 05

Data de Revisão: 05/02/2018

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL Nº. 10821

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

OPERADORA: Unimed Blumenau Cooperativa de Trabalho Médico, cooperativa médica registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 33456-1, inscrita no CNPJ nº 82.624.776/0001-47 e localizada na Rua Das Missões, 455 – Bairro Ponta Aguda, CEP 89051-900 - Blumenau – SC. Fone: (047) 3331-8500 - SAC: 0800-6470026.

CONTRATANTE:

Razão Social: Fundo de Assistência a Saúde dos Servidores Públicos de Timbó
Nome Fantasia: FASS de Timbó
CNPJ: 20.727.444/0001-30
Endereço: Avenida Getúlio Vargas, 700 – Anexo Prédio Prefeitura CEP.: 89.120-000
Bairro: Centro Cidade/Estado: Timbó/SC

O presente contrato observa o Regime de Contratação Coletivo Empresarial, plano referência previsto na Lei 9.656/98, abrange as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, em **acomodação coletiva**, com nome comercial **UNIFLEX ESTADUAL EMPRESARIAL-REFERENCIA 20**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 435.022/01-7.

Parágrafo Primeiro: A área de abrangência geográfica e a área de atuação do presente contrato é **ESTADUAL, compreende todos os municípios do Estado de Santa Catarina.**

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

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na segmentação referência. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), divulgada pela OMS – Organização Mundial de Saúde, limitada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela OPERADORA.

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

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Este plano se destina a população vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, quando atendidas as condições da legislação em vigor, sendo estes: empregados, sócios,

administradores, trabalhadores temporários, estagiários, menores aprendizes, demitidos sem justa causa, aposentados e agentes políticos, e seus dependentes conforme abaixo:

- a) Cônjuge ou companheiro(a) com união estável sem concorrência com o cônjuge.
- b) Filhos (inclusive com paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente), enteado ou pessoa sob guarda, solteiros até 24 anos incompletos.
- c) Tutelados ou curatelados do beneficiário titular por força de decisão judicial.

Parágrafo Primeiro: A CONTRATANTE poderá a qualquer tempo solicitar a inclusão de beneficiários mediante o preenchimento e apresentação da documentação abaixo, podendo ainda a OPERADORA, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar exigir outros documentos não listados:

- I. Formulário Cadastral;
- II. Carta de Orientação ao Beneficiário, Declaração de Saúde e Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária, quando necessários;
- III. Comprovação de vínculo empregatício, societário ou estatutário do titular;
- IV. Comprovação de vínculo dos dependentes com o titular (certidão de casamento ou declaração de união estável, certidão de nascimento ou registro geral, termo de guarda, sentença de tutela ou curatela).

Parágrafo Segundo: Fica expressamente garantido o direito da OPERADORA de exigir a qualquer tempo a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais que atestem a legitimidade da CONTRATANTE e elegibilidade dos titulares, no prazo de até 02 (dois) dias úteis para as devidas providências e entrega.

Parágrafo Terceiro: A inclusão fica condicionada ao aceite e processamento pela OPERADORA.

Parágrafo Quarto: O ingresso e a manutenção dos dependentes estão condicionados a participação do beneficiário que possui vínculo com a CONTRATANTE.

Parágrafo Quinto: O número mínimo estabelecido para ingresso e manutenção deste contrato é de 600 (seiscentos) beneficiários. A exceção se dará, tão somente, quando a soma do quadro societário e funcional da empresa for inferior a este número, desde que todos elegíveis da CONTRATANTE mencionados no caput desta cláusula sejam beneficiários.

Parágrafo Sexto: É de responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizado os dados cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes, de forma a dar cumprimento às obrigações perante ao órgão regulador do setor, bem como fica responsável por fornecer uma via do contrato a todos beneficiários titulares, além de repassar as informações que lhes são comunicadas ao longo da relação contratual.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Os beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da OPERADORA, por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, observados os limites de carência estabelecidos neste contrato.

Parágrafo Primeiro: O atendimento será realizado de acordo com as coberturas assistenciais referenciadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitadas a área de abrangência, área de atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas do contrato.

Parágrafo Segundo: Observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento serão garantidas:

1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM. As áreas de atuação estabelecidas pelo CFM não são consideradas como especialidades médicas.
2. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.
3. cobertura de consultas ou sessões com: nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, e psicólogo conforme as Diretrizes de Utilização da ANS.
4. cobertura de psicoterapia que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado conforme Diretrizes de Utilização da ANS.
5. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
6. ações de Planejamento Familiar 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 espermatozoide 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.
7. cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.

8. cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.
9. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização da ANS.
10. cobertura dos procedimentos de radioterapia.
11. cobertura dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica.
12. cobertura para hemoterapia.
13. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
14. cobertura para nutrição parenteral ou enteral, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar.
15. cobertura para embolizações.
16. cobertura para radiologia intervencionista.
17. cobertura para exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.
18. cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.
19. cobertura para os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, em número ilimitado de dias, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.
20. cobertura de hospital dia para transtornos mentais conforme diretrizes da ANS.
21. despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de atendimento médico/hospitalar.
22. os eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação do médico anestesista, caso haja indicação clínica, respeitadas as condições contratuais, incluindo a equipe cirúrgica e todos os insumos necessários e para realização dos procedimentos.
23. cobertura para taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados, e suas indicações constem na bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
24. cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento.
25. 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.
26. órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, devendo ser observado que:

- a) cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela OPERADORA, 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;
 - c) em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a OPERADORA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela OPERADORA;
 - d) a classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no site da ANS.
27. cobertura para os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, desde que contempladas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.
28. procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da OPERADORA.
29. cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.
30. cobertura das despesas, incluindo acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:
- a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
 - b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
 - c) pessoas com deficiência.
31. cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.
32. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos, passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária a complexidade do caso, incluindo exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar, observadas as seguintes regras:
- a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
 - b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de

- imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura contratada.
33. cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral.
 34. cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções.
 35. cobertura para procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:
 - a) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: pré-parto, parto, e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
 - b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.
 36. cobertura de transplantes contemplados pelo Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS e os procedimentos a eles vinculados, incluindo:
 - a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da OPERADORA de planos privados de assistência a saúde do beneficiários receptor;
 - b) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

Parágrafo Terceiro: Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e se sujeitarão ao critério de fila única de espera de seleção.

Parágrafo Quarto: Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neurnavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

Parágrafo Quinto: Os procedimentos e eventos listados nesta cláusula poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, exclusivamente na rede própria, credenciada ou referenciada da OPERADORA.

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

Parágrafo Sétimo: Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

Parágrafo Oitavo: O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela OPERADORA nos prazos e condições estabelecidas em legislação específica vigente 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 Nono: Todas as coberturas contempladas nesta cláusula dependem de sua previsão junto ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. Não cabendo interpretação de forma a ampliar a cobertura mínima disciplinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e garantida neste instrumento.

Parágrafo Décimo: As alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto às inclusões e exclusões de procedimentos e eventos em saúde serão comunicadas aos beneficiários através do site www.unimedblumenau.coop.br.

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Ficam expressamente excluídos das coberturas deste contrato os eventos e procedimentos não contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como os abaixo listados:

1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
 - emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
 - não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).
2. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.
3. 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.
4. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.
5. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais 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.
6. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
7. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, no site da ANVISA.
8. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
9. casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

10. tratamento em clínica de rejuvenescimento e emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, assim como spas, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
11. exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.
12. consultas, internações e demais atendimentos domiciliares.
13. tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilofaciais previstas para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar.
14. honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico.
15. remoções não previstas na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso.
16. enfermagem e/ou cuidador em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
17. vacinas, bem como sua aplicação.
18. investigação da paternidade, maternidade ou consanguinidade.
19. procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.
20. despesas extraordinárias, realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene, perfumaria e alimentação diferente da disponibilizada pelo prestador de serviço, entre outras.
21. procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar como parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento.
22. atendimento em hospitais de alto custo, considerados tabela própria, que não possuem valores praticados por convênio.
23. despesas com prestadores não integrantes à rede prestadora da OPERADORA disponível na lista no site da OPERADORA, como por exemplo:
 - Brasília (DF):** Hospital Santa Lúcia, Fundação Zerbini, HCBR - Hospital do Coração, Hospital Anchieta;
 - Guarulhos (SP):** Hospital Carlos Chagas S/A;
 - Porto Alegre (RS):** Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus;
 - Recife (PE):** Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial São José, Hospital Santa Joana, Hospital Esperança, Hospital Real Português e HOPE - Hospital de Olhos de Pernambuco;
 - Rio de Janeiro (RJ):** Hospital de Clínicas de Niterói LTDA, Hospital Pasteur, Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde São José, Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, DH - Day Hospital, Hospital Barra D'Or Medise, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE - Hospital São Lucas, Instituto Minesota (Vila Serena), Procardíaco – Pronto Socorro Cardiológico, Protocolo Pronto Socorro, Clínica Cardiológica, Hospital Quinta D'Or, Hospital Copa D'Or, Hospital Samaritano, Casa de Saúde Santa Lucia, Sociedade Beneficente Israelita do Rio de Janeiro;
 - Salvador (BA):** Clínica Infantil de Urgência Ltda – PROBABLEY, Fundação José Silveira - Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital CPI (Pediátrico), Hospital Espanhol, Hospital Português, Monte Tabor – Centro Italo-Brasileiro de Promoção Sanitária – Hospital São Rafael, Hospital Santa Mônica e Brasil Memorial S/A;
 - São Bernardo do Campo (SP):** Hospital e Maternidade Assunção S/A e Neomater S/C Ltda;
 - São Luis (MA):** Hospital São Domingos

São Paulo (SP): Hospital e Maternidade Brasil; Fundação Antônio Prudente - A.C. Camargo Cancer Center; Hospital Anchieta; Hospital e Maternidade Santa Joana S.A.; Hospital São Luiz - Unidade Itaim; Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Morumbi; Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Tatuapé; Hospital Santa Catarina; Hospital Sírio Libanês; Hospital Albert Einstein; Hospital Nove de Julho S.A; Incor – Instituto do Coração; Hospital Infantil Sabara S.A; Pro-Matre Paulista; Fundação Adib Jatene (Dante Pazzanese); Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Hospital do Coração-HCOR; Hospital Edmundo Vasconcelos (Gastroclínica); Hospital Samaritano; Hospital Cidade Jardim; Hospital e Maternidade São Camilo - Pompéia; Hospital São Camilo – Ipiranga; Hospital São Camilo – Santana; Hospital Cruz Azul; SEMEAR – Gestão de Serviços Hospitalares; Hospitais Núcleo Hospitalar de Barueri; Hospital São Paulo; Hospital Santa Paula; Hospital Leforte; Hospital Nipo Brasileiro; Hospital Santa Virginia; Hospital Bandeirantes; Hospital São José; Hospital Santo Antonio; Centro Oncológico Antonio Ermírio de Moraes

Porto Velho (RO): CEOF – Centro Especializado em Oftalmologia;

Parágrafo Único: Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior a contratada ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a OPERADORA.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato passa a vigorar a partir de sua assinatura e terá o prazo de 12 (doze) meses de vigência.

Parágrafo Primeiro: Alcançado o termo final de vigência inicial, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de qualquer taxa ou valor a título de renovação.

Parágrafo Segundo: A OPERADORA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, para que as solicitações sejam inseridas no faturamento do mês subsequente.

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Os beneficiários cumprirão os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data de seu ingresso no plano:

PROCEDIMENTOS	HORAS / DIAS
Urgência e Emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas	30 (trinta) dias
Exames laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raios-x simples e contrastados, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas e ultrassonografias	30 (trinta) dias
Consultas e sessões de fisioterapia	90 (noventa) dias
Consultas e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia.	180 (cento e oitenta) dias
Todas as demais coberturas	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

Parágrafo Primeiro: Não será exigido o cumprimento de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que observados os prazos de ingresso abaixo:

- I. até 30 (trinta) dias da celebração do contrato;
- II. até 30 (trinta) dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante;
- III. até 30 (trinta) dias do início do vínculo de dependência com o titular, condicionado aos critérios do parágrafo sexto dessa cláusula.

Parágrafo Segundo: O prazo de 30 (trinta) dias da vinculação do titular à CONTRATANTE será contado a partir do primeiro dia subsequente ao término do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Terceiro: Os beneficiários titulares e dependentes que ingressarem no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, cumprirão os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato.

Parágrafo Quarto: Na eventualidade da redução do número de beneficiários para menos de 30 (trinta), as novas inclusões ficam sujeitas ao cumprimento das carências acima disciplinadas.

Parágrafo Quinto: Quando se tratar de inscrição de beneficiário proveniente, de outro plano da OPERADORA de forma ininterrupta, haverá aproveitamento das carências já cumpridas, ressalvadas as modificações de cobertura.

Parágrafo Sexto: Seguirá o limite da carência já cumprida pelo pai, mãe ou responsável legal, ou, será isento quando estes tiverem cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, conforme abaixo:

1. O recém-nascido filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde, quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, independente de o parto ter sido coberto pela OPERADORA.
2. O recém-nascido sob guarda ou tutela, quando inscrito pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.
3. O menor adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela.
4. O filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento.

CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento do seu ingresso no plano.

Parágrafo Primeiro: Os beneficiários devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes, assegurado do direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, com um médico indicado pela OPERADORA ou por outro médico de sua escolha, devendo neste caso, o beneficiário assumir o ônus financeiro da entrevista qualificada.

Parágrafo Segundo: Sendo constatada a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, a OPERADORA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura desses serviços listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e disponível no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar, relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, através do Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo Terceiro: A OPERADORA irá comunicar ao beneficiário quando for identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente e oferecerá a Cobertura Parcial Temporária pelos meses restantes até completar 24 (vinte e quatro) meses de seu ingresso no plano. Em caso de recusa do beneficiário, a OPERADORA solicitará a abertura do processo administrativo perante a ANS, podendo utilizar-se de qualquer documento para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Quarto: Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, a OPERADORA adotará as medidas cabíveis para cobrar do beneficiário as despesas efetuadas com a assistência médica, relacionadas com a doença ou lesão preexistente, além de sua exclusão do presente contrato.

Parágrafo Quinto: 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 Sexto: Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a OPERADORA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para o ingresso do beneficiário no plano.

Parágrafo Sétimo: Não haverá análise de Doença e Lesão Preexistente nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que observados os prazos de ingresso abaixo:

- I. até 30 (trinta) dias da celebração do contrato;
- II. até 30 (trinta) dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante;
- III. até 30 (trinta) dias do início do vínculo de dependência com titular.

Parágrafo Oitavo: O prazo de 30 (trinta) dias da vinculação do titular à CONTRATANTE será contado a partir do primeiro dia subsequente ao término do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Nono: Os beneficiários titulares e dependentes que ingressarem no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, passarão por análise de Doença e Lesão Preexistente.

Parágrafo Décimo: Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito no plano nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:

- I. do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe.
- II. da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de beneficiário responsável legal.

III. na hipótese de menor, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade.

Parágrafo Décimo Primeiro: Na eventualidade da redução do número de beneficiários para menos de 30 (trinta), as novas inclusões ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente, respeitados os normativos vigentes.

CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO

Fica garantida cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, para urgência, emergência, remoção e reembolso observando as condições abaixo, bem como os normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento.

I – Atendimento de urgência e emergência:

Nos termos da Lei considera-se:

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

Parágrafo Primeiro: Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano, é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo Segundo: Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Parágrafo Terceiro: Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

II – Remoção:

A OPERADORA garantirá a remoção do paciente, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida do paciente, conforme prescrito pelo médico assistente, nos atendimentos classificados como urgência ou emergência, nas situações abaixo descritas:

- a) se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade de atenção ao paciente, a OPERADORA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima;
- b) 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 OPERADORA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único

de Saúde – SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

Parágrafo Primeiro: 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 OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

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

Parágrafo Terceiro: A OPERADORA 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 legal. 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 não integrante da rede da OPERADORA, para um hospital da rede da OPERADORA vinculada a este contrato;
- b) De clínica, consultório, hospital ou pronto atendimento da rede da OPERADORA vinculada a este contrato, para outro hospital da rede da OPERADORA vinculada a este contrato, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.

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

- a) De hospital ou pronto atendimento não integrante da rede da OPERADORA, para um hospital da rede da OPERADORA vinculado a este contrato, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde, e em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano, conforme regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

Parágrafo Quarto: A remoção do beneficiário não será garantida, de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, bem como de hospital ou serviço de pronto atendimento pertencente a rede da OPERADORA vinculada a este contrato, para estabelecimento não pertencente a rede da OPERADORA vinculada a este contrato.

III - Reembolso:

Considerando que o referido plano de saúde não possui característica de livre escolha de prestadores para os atendimentos, os beneficiários inscritos pela CONTRATANTE terão assegurado o direito

ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovadas.

Parágrafo Primeiro: O reembolso será devido, nos atendimentos de urgência ou emergência devidamente comprovados, nos limites das obrigações contratuais, nas despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, em valor não inferior aos preços de serviços médicos e hospitalares praticados junto a sua rede, deduzidos os valores relativos a coparticipação, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

Parágrafo Segundo: A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada pela CONTRATANTE ou beneficiário, junto a OPERADORA, 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, em caso de documentação contendo CPF, necessário apresentar endereço de atendimento do executante). 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;
- b) **Em caso de atendimento eletivo:** número do protocolo fornecido pela OPERADORA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.

Parágrafo Terceiro: Será devido o reembolso em caso de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a legislação específica vigente à época do evento, desde que o beneficiário ou seu responsável tenha comunicado previamente à OPERADORA.

CLÁUSULA 10 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela OPERADORA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados. Observando ainda as atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época do evento.

I. Coparticipação

É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pela CONTRATANTE nos moldes abaixo:

Evento	Coparticipação
a) <u>consulta de puericultura, demais consultas médicas</u> em consultório e pronto-socorro; b) <u>exames e procedimentos de diagnose</u> , realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; c) <u>consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde</u> ,	Percentual: 20%

previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, psicoterapia e oxigenoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos. Exceto: quimioterapia, radioterapia e hemodiálise.	Referência: TRU Limite: R\$ 185,00 por serviço ou quantidade realizada.
---	--

Parágrafo Primeiro: Os valores elencados na TRU - Tabela Referência Unimed Blumenau serão atualizados anualmente no mês de março, com base nos reajustes aplicados aos prestadores nos 12 (doze) meses anteriores, ficando a disposição para consulta nos locais de atendimento presencial da OPERADORA e na área específica e restrita no site www.unimedblumenau.coop.br.

Parágrafo Segundo: O valor limite para cobrança de coparticipação mencionado nesta cláusula será reajustado anualmente conforme Cláusula de Reajuste.

Parágrafo Terceiro: Sempre que houver uma atualização do Rol de procedimentos e Eventos em Saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos procedimentos e eventos não listados acima, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas e utilizadas pelo beneficiário.

II. Da habilitação do beneficiário

A OPERADORA fornecerá a CONTRATANTE cartões individuais ou outra forma de identificação, de acordo com os normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, todavia a garantia da prestação dos serviços somente ocorrerá mediante apresentação deste, acompanhado do documento de identificação oficialmente reconhecido.

Parágrafo Único: Em caso de exclusão de beneficiários ou cancelamento deste contrato, é obrigação da CONTRATANTE devolver à OPERADORA os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

1. **Consultas Médicas:** Os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela OPERADORA, com agendamento prévio. As consultas de urgência e emergência na rede própria e credenciada serão prestadas pelo médico plantonista.
2. **Consultas/Sessões com fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta:** são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da OPERADORA, mediante autorização prévia.
3. **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas:** são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da OPERADORA, mediante apresentação do número da Requisição de Autorização gerada no ato da solicitação do serviço realizado pelo médico assistente ou cirurgião dentista no sistema eletrônico da OPERADORA, e na indisponibilidade deste, da

Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela OPERADORA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar..

4. **Exames complementares e serviços auxiliares:** devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora da OPERADORA, mediante apresentação do número da Requisição de Autorização gerada no ato da solicitação do serviço realizado pelo médico assistente ou cirurgião dentista no sistema eletrônico da OPERADORA, e na indisponibilidade deste, da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista previamente autorizada pela OPERADORA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
5. **Medicamentos de uso domiciliar para terapia antineoplásica oral e medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso:** o medicamento será fornecido pela OPERADORA, mediante apresentação do número da Requisição de Autorização emitida pelo médico solicitante através do sistema eletrônico da OPERADORA e de Receituário Médico, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
6. **Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para tratamento de artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática e Doença de Chron:** a OPERADORA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação do número da Requisição de Autorização emitida pelo médico solicitante através do sistema eletrônico da OPERADORA e de Receituário Médico, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
7. **Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina:** a OPERADORA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação do número da Requisição de Autorização emitida pelo médico solicitante através do sistema eletrônico da OPERADORA e do Protocolo de Utilização, preenchido pelo médico assistente e previamente autorizados pela OPERADORA, nos moldes dos normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo Primeiro: Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.

Parágrafo Segundo: As regras acima não se aplicam ao serviço de urgência ou emergência, estando assegurado a liberação imediata dos procedimentos.

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

Parágrafo Quarto: Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a sede da OPERADORA, munido do cartão de identificação do plano, documento de identidade com foto e a guia com a solicitação do procedimento requisitado pelo médico, ou, o próprio prestador de serviço realizará a solicitação via sistema eletrônico de gestão da OPERADORA.

Parágrafo Quinto: Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por ausência, indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá comunicar à OPERADORA, observada as regras abaixo:

- a) O atendimento solicitado será assegurado pela OPERADORA 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) Na ausência, indisponibilidade ou inexistência de prestador na área de abrangência e atuação do plano, a OPERADORA oferecerá um prestador habilitado para o atendimento fora da área de abrangência e atuação do plano, respeitando os normativos vigentes;
- c) A contagem do prazo para garantia do atendimento se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento pelo beneficiário ou responsável à OPERADORA.

Parágrafo Sexto: A OPERADORA garantirá a liberação dos procedimentos em prazo suficiente a atender os normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo Sétimo: Os beneficiários com 60 (sessenta) anos ou mais, 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 Oitavo: Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do site www.unimedblumenau.coop.br, sob a indicação de **Rede ES01**. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes na lista de prestadores disponível no site da OPERADORA.

Parágrafo Nono: As substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do site www.unimedblumenau.coop.br, e na Central de Atendimento da OPERADORA, que poderá ser contatada através do telefone informado no cartão de identificação, sempre em conformidade com os normativos vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo Décimo: As alterações na rede hospitalar observarão o art. 17 da Lei 9656/98, com a comunicação prévia nos casos de substituição ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução.

Parágrafo Décimo Primeiro: Condições diferenciadas de atendimento:

- a) A OPERADORA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) 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.
- b) A OPERADORA poderá divergir da solicitação do médico ou do cirurgião- dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião- dentista solicitante, médico da OPERADORA e por um desempatador) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, tendo

como base os protocolos assistenciais oficiais em medicina baseada em evidência, observadas as regras abaixo:

1. O beneficiário ou seu representante legal, bem como o médico assistente, serão devidamente notificados pela OPERADORA sobre a abertura de processo de junta médica e a indicação dos 4 (quatro) profissionais, acompanhados de suas qualificações, aptos a avaliar e dirimir a divergência. Em caso de recusa, silêncio do profissional assistente ou perda do prazo quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá a OPERADORA indicar imediatamente um profissional dentre os sugeridos.

2. Caberá ao desempatador avaliar os documentos apresentados e deliberar quanto à necessidade de realização de exames complementares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou a presença do beneficiário na junta médica. Em caso de necessidade de junta médica presencial, a participação do beneficiário é obrigatória.

3. Nas situações acima, a OPERADORA notificará previamente o beneficiário ou seu representante legal, sobre a data e o local para a realização da junta médica presencial e/ou exames complementares a serem realizados, bem como informará os prazos, condições, entrega dos laudos de exames quando necessários, e as consequências em caso de não cumprimento do requerido, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

4. Em caso de ausência não comunicada pelo beneficiário na junta médica presencial, a não realização ou a entrega dos resultados dos exames requeridos, prevalecerá o entendimento do médico da OPERADORA, justificando inclusive a negativa do atendimento quando for o caso.

5. O parecer do desempatador será acatado pela OPERADORA desde que o procedimento indicado no parecer conclusivo da junta esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos e Saúde da ANS vigentes à época do evento. Caso o profissional assistente não concorde com o parecer conclusivo da junta, a OPERADORA garantirá o profissional apto a realizar o procedimento.

6. É de responsabilidade da OPERADORA custear as despesas do processo de junta médica, tais como: honorários do desempatador, exames complementares, custos de deslocamentos e estadia para a realização da junta médica presencial, dentre outros custos relativos exclusivamente ao processo de junta médica, conforme normativo da ANS vigente à época do evento.

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

- a) Na continuidade do tratamento de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como: quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- b) No procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos”, que serão autorizados conforme prescrição do

médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

CLÁUSULA 11 – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Os valores a serem pagos mensalmente serão pré-estabelecidos por beneficiário inscrito e constarão na Proposta de Contratação, somada as coparticipações nos moldes da Cláusula Mecanismos de Regulação.

Parágrafo Primeiro: A pessoa jurídica CONTRATANTE fica responsável pelo pagamento integral dos valores, ressalvados os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido sem justa causa ou aposentado, que ficarão responsáveis pelo pagamento dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Segundo: Ocorrendo a impontualidade no pagamento das contraprestações, 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 em atraso, podendo ainda haver o cancelamento deste contrato motivado pela inadimplência, bem como inclusão da CONTRATANTE no cadastro de restrição ao crédito.

Parágrafo Terceiro: Ressalvado as diferenças de faixas etárias, não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser inclusos no contrato e aqueles já vinculados, ressalvados os beneficiários inscritos na condição de demitido sem justa causa ou aposentado.

Parágrafo Quarto: O extrato de coparticipação nos serviços prestados aos beneficiários estará disponível na área específica e restrita no portal da OPERADORA na internet.

Parágrafo Quinto: Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à OPERADORA, para que não se sujeite a consequência da mora. A mesma responsabilidade cabe à CONTRATANTE que utiliza débito em conta corrente e este não ocorrer, independentemente do motivo.

Parágrafo Sexto: 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 em campo específico na Proposta de Contratação.

CLÁUSULA 12 - REAJUSTE

A apuração para o Índice de Reajuste a ser efetivamente aplicado anualmente seguirá a metodologia descrita no item “C”, levando em consideração os critérios abaixo estabelecidos. Quando se tratar de agrupamento de contratos com menos de 100 (cem) vidas, seguirá a metodologia do item “D”.

A) IRS (ÍNDICE DE REAJUSTE POR SINISTRALIDADE):

Indispensável para que o contrato mantenha seu equilíbrio econômico financeiro, sendo responsável por apurar a SINISTRALIDADE DO CONTRATO frente à SINISTRALIDADE IDEAL.

Parágrafo Primeiro: A Sinistralidade é apurada no período de 12 (doze) meses consecutivos calculando-se: o total das despesas assistenciais diminuídos os valores pagos a título de coparticipação dividido pelo total de receitas líquidas do período. Esse número multiplicado por “100” traz o percentual da SINISTRALIDADE DESTE CONTRATO, a saber:

$$SR = \left[\frac{\text{Total de Despesas Assistenciais} - \text{Total de Coparticipações}}{\text{Total de Receitas Líquidas do Período}} \right] \times 100$$

- a. **SR** = Sinistralidade Real;
- b. **Total de Despesas Assistenciais** = Soma de todas as despesas assistenciais com prestadores e fornecedores de serviço em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza;
- c. **Total de Coparticipações** = Soma de todos os valores de coparticipações efetivamente recebidos, deduzidos de juros e atualização monetária;
- d. **Total de Receitas Líquidas** = Soma de todos os valores de contraprestações efetivamente recebidos, deduzidos de juros e atualização monetária.

Parágrafo Segundo: A SI (Sinistralidade Ideal) será de acordo a necessidade da OPERADORA em obter margem sobre a receita líquida suficiente para financiar a constituição das provisões técnicas (financeiras, contábeis e atuariais), demais exigências legais da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, despesas administrativas e operacionais, entre outras.

Parágrafo Terceiro: para manutenção deste contrato fica definido como SI (Sinistralidade Ideal) o percentual de **72% (setenta e dois por cento)**.

Parágrafo Quarto: O cálculo do **IRS (Índice de Reajuste por Sinistralidade)** será realizado pela divisão entre a SR - Sinistralidade Apurada (Real) neste contrato e a Sinistralidade Ideal constante no parágrafo acima. Para transformar o índice em percentual, o resultado sofrerá a diminuição de “1” e a multiplicação por “100”.

Fórmula:

$$IRS = \left(\frac{SR}{SI} - 1 \right) * 100$$

B) IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO):

Indispensável para que haja a reposição da inflação ou perda do valor aquisitivo da moeda.

Parágrafo Primeiro: Para obtenção deste percentual será apurado o índice VCMH – Variação do Custo Médico Hospitalar positivo e específico da OPERADORA, ou, em sua ausência, será utilizado o índice acumulado no período de análise do contrato conforme a variação positiva do IPCA Serviços de Saúde - Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou, por outro índice que o substitua no caso de sua extinção.

Parágrafo Segundo: O VCMH será calculado anualmente (por entidade idônea e independente) e será válido para os reajustes realizados de maio do mesmo ano até abril do ano subsequente.

Parágrafo Terceiro: Na ausência do VCMH será utilizado a variação positiva do IPCA – Serviços de Saúde (IBGE), acumulado no período de 12 (doze) meses, considerando o mesmo período de apuração do IRS (Índice de Reajuste por Sinistralidade).

C) MÉTODO DE APURAÇÃO:

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 referem à Cláusula Mecanismos de Regulação, considerando os beneficiários ativos e os inscritos na condição de demitidos sem justa causa ou aposentados, serão reajustados necessariamente a cada 12 (doze) meses.

Parágrafo Primeiro: Para execução do cálculo, é preciso primeiramente fazer a conversão do IRS (Índice de Reajuste por Sinistralidade) e do IRI (Índice de Reajuste Inflacionário) indicados em percentual, para número decimal. Essa conversão ocorre pela divisão do valor percentual por 100 (cem).

Parágrafo Segundo: Para obtenção do resultado, tanto o IRS (Índice de Reajuste por Sinistralidade) e do IRI (Índice de Reajuste Inflacionário) já convertidos em números decimais deverão ser somados com o numeral 1 (um), na sequência multiplicados um pelo outro, e, por fim, do resultado desta equação deverá ser subtraído 1 (um), para obter o valor. A saber:

$$IR = [(1+IRS)*(1+IRI)-1]$$

Parágrafo Terceiro: Para obter o valor em percentual, basta ser multiplicado por 100 (cem).

Parágrafo Quarto: Em nenhuma hipótese será concedido reajuste negativo.

Parágrafo Quinto: Mesmo quando o contrato estiver com a sinistralidade abaixo da considerada ideal (72%), necessariamente será aplicado o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO).

Parágrafo Sexto: Caso o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO) esteja com o percentual de zero ou negativo, será adotado o numeral 0 (zero) como IRI na composição do cálculo.

Parágrafo Sétimo: Mesmo quando o contrato estiver com o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO) de zero, quando houver sinistralidade acima da considerada ideal (72%), necessariamente será aplicado o IRS (ÍNDICE DE REAJUSTE POR SINISTRALIDADE) como IR - índice de reajuste.

Parágrafo Oitavo: O IRS ou Índice de Reajuste por Sinistralidade será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma defasagem de 3 (três) meses em relação ao aniversário do contrato.

Parágrafo Nono: Para fins de aplicação do 1º (primeiro) reajuste contratual, considerando não haver 12 (doze) meses fechados para apuração da SR - Sinistralidade Real, serão avaliados os primeiros 10 (dez) meses a contar do mês de vigência do contrato. O 2º (segundo) reajuste terá como base 12 (doze) meses sendo do 11º (décimo primeiro) ao 22º (vigésimo segundo) mês de contratualidade e nos demais anos, adicionando 12 (doze) meses ao último período avaliado.

D) PARA CONTRATOS COM MENOS DE 100 (CEM) VIDAS:

Esse item fica disciplinado por estrita exigência dos normativos vigentes pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

- a) Quando o número de beneficiários do contrato for inferior a 100 (cem), o reajuste anual será apurado **considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da OPERADORA com menos de 100 (cem) beneficiários, segundo estabelecido em Resolução Normativa da ANS**. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

I - Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

II - Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

- b) O índice de reajuste para o agrupamento obedecerá a seguinte composição:

Para obtenção do percentual do **IR** (Índice de Reajuste) para os contratos com menos de 100 (cem) beneficiários será apurado pela composição do Índice **VCMH** – Variação do Custo Médico Hospitalar positivo e específico da OPERADORA que será calculado anualmente, ou, no caso de sua extinção na forma da alínea “c”, inciso VI, **multiplicado** à variação positiva do **IRS** (Índice de Reajuste por Sinistralidade) do agrupamento no último período de 01 fevereiro a 31 janeiro, caso a sinistralidade atinja o patamar de 72% (setenta e dois por cento) obedecendo a seguinte fórmula:

$$IR = [(1+IRS)*(1+IRI)-1]$$

- c) A metodologia de apuração do IRS e do IRI ocorrerá da seguinte forma:

IRS (ÍNDICE DE REAJUSTE POR SINISTRALIDADE):

I – O cálculo do IRS (Índice de Reajuste por Sinistralidade) será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do agrupamento demonstrado abaixo:

$$IRS = \left(\frac{SR}{SI} - 1 \right) * 100$$

Logo,

II - **SR:** é a sinistralidade ou índice de utilização real do agrupamento de contratos em percentual.

$$SR = \left(\frac{\text{Total das Despesas Assistenciais} - \text{Total de Coparticipação}}{\text{Total das Receitas}} - 1 \right) * 100$$

III - **SI:** É a Sinistralidade Ideal, definida como 72% (setenta e dois por cento).

IV- A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO):

V – Para obtenção do IRI - Índice de Reajuste Inflacionário será apurado o índice VCMH – Variação do Custo Médico Hospitalar positivo e específico da OPERADORA, que será calculado anualmente (por entidade idônea e independente) e será válido para os reajustes realizados de maio do mesmo ano até abril do ano subsequente.

VI – Na ausência do VCMH, se utilizará a variação positiva do IPCA Serviços de Saúde - Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou, por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de 12 (doze) meses, considerando o mesmo período de apuração do IRS – Índice de Reajuste por Sinistralidade.

VII - Em nenhuma hipótese será concedido reajuste negativo.

VIII - Mesmo quando o agrupamento de contratos estiver com a sinistralidade abaixo da considerada ideal (72%), necessariamente será aplicado o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO).

IX - Caso o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO) esteja com o percentual de zero ou negativo, será adotado o numeral 0 (zero) como IRI na composição do cálculo.

X - Mesmo quando o contrato estiver com o IRI (ÍNDICE DE REAJUSTE INFLACIONÁRIO) de zero, quando houver sinistralidade acima da considerada ideal (72%), necessariamente será aplicado apenas o IRS (ÍNDICE DE REAJUSTE POR SINISTRALIDADE) como IR - índice de reajuste.

d) A OPERADORA 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.

E) REGRAS GERAIS:

Parágrafo Primeiro: Só será 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.

Parágrafo Quarto: A CONTRATANTE poderá acompanhar as despesas e demais informações deste contrato, a qualquer tempo, através do seu acesso restrito no portal da Unimed Blumenau.

Parágrafo Quinto: Independentemente da data de ingresso dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral no mês de aniversário de vigência do contrato.

Parágrafo Sexto: A OPERADORA publicará, 30 dias antes da data prevista para a aplicação do reajuste, um extrato pormenorizado, ou prévia deste, contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste acima previsto. As referidas informações serão disponibilizadas no Portal de Informações da Pessoa Jurídica Contratante com acesso restrito, mediante login e senha informados na contratação deste plano.

CLÁUSULA 13 - FAIXAS ETÁRIAS

As mensalidades dos beneficiários ativos e dos inscritos na condição de demitidos sem justa causa ou aposentados serão automaticamente reajustadas quando estes completarem a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário, de acordo com os percentuais abaixo indicados:

Beneficiários Ativos		Beneficiários na condição de Demitido Sem Justa Causa ou Aposentado	
Faixa Etária	Percentual de reajuste	Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 a 18	0,00%	00 a 18	0,00%
19 a 23	0,00%	19 a 23	22,99%
24 a 28	0,00%	24 a 28	23,58%
29 a 33	0,00%	29 a 33	17,76%
34 a 38	0,00%	34 a 38	17,32%
39 a 43	0,00%	39 a 43	16,19%
44 a 48	0,00%	44 a 48	14,75%
49 a 53	0,00%	49 a 53	18,21%
54 a 58	0,00%	54 a 58	22,05%
59 ou +	0,00%	59 ou +	35,40%

Parágrafo Único: O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, sendo que o valor fixado para a última faixa etária não é superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não é superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA 14 – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

I – MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EX-EMPREGADOS

No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou por ocasião da aposentadoria do titular, é assegurado a este o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Tenha contribuído financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da perda do vínculo;
- b) Opte pela manutenção do plano 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;
- c) Assuma o pagamento integral da mensalidade e coparticipação, correspondente ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações.

Parágrafo Primeiro: entende-se como contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano oferecido pela CONTRATANTE. Não é considerada contribuição a coparticipação paga única e exclusivamente em procedimentos como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médica, bem como os valores relativos à mensalidade do plano de seus dependentes.

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

- a) Os demitidos ou exonerados sem justa causa, terão direito a um terço do tempo de contribuição nos planos de saúde em pré-pagamento, contratados pela CONTRATANTE, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção, observando-se o mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
- b) Os aposentados com rescisão do contrato de trabalho que tenham contribuído por 10 (dez) anos ou mais nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pela CONTRATANTE, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção, terão o direito de permanecer de forma vitalícia. Para aqueles que tenham contribuído por menos de 10 (dez) anos nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pela CONTRATANTE, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção, será garantido 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo Terceiro: A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular, não impedindo que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente ou com parte do seu grupo familiar, resguardada a garantia de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado. Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção de seus dependentes.

Parágrafo Quarto: O benefício descrito nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

Parágrafo Quinto: O beneficiário titular e seus dependentes perderão automaticamente o benefício:

- a) Pelo decurso dos prazos previstos para manutenção do plano na condição de demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado;
- b) Em caso de admissão em novo emprego. Entende-se como novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- c) No cancelamento pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados;
- d) Por solicitação do beneficiário titular, de acordo com as diretrizes previstas em resolução específica e vigente sobre o tema.

Parágrafo Sexto: Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar da empresa 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.

Parágrafo Sétimo: É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, aposentado e aos seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos moldes da legislação em vigor.

II - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

Em caso de cancelamento deste contrato, a OPERADORA disponibilizará para os beneficiários inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontada as carências já cumpridas neste contrato, pelo valor de tabela de vendas vigente na data da opção.

Parágrafo Único: É de responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o disposto nesta cláusula, em tempo hábil para fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento deste contrato.

CLÁUSULA 15 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Além da hipótese de rescisão contratual, será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) Por solicitação formal da CONTRATANTE;
- b) Por solicitação do beneficiário titular, respeitada as diretrizes da resolução específica e vigente sobre o tema;
- c) Por perda dos vínculos do titular com a CONTRATANTE, ou de dependência, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;
- d) Por fraude;
- e) Se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das contraprestações por mais de 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que comprovadamente notificado.

Parágrafo Primeiro: Os beneficiários dependentes inscritos no plano, conforme cláusula de Condição 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 do término do vínculo de dependência.

Parágrafo Segundo: 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 Terceiro: Caberá à CONTRATANTE solicitar a exclusão dos beneficiários por ela inscritos nos moldes exigidos pela OPERADORA.

Parágrafo Quarto: O beneficiário titular poderá solicitar sua exclusão, diretamente à OPERADORA, conforme previsto em resolução específica e vigente sobre o tema, devendo para tanto comprovar documentalmente que requereu o pedido à CONTRATANTE há mais de 30 (trinta) dias para que haja o processamento do cancelamento imediato.

CLÁUSULA 16 - RESCISÃO CONTRATUAL

A rescisão poderá ocorrer diante do atraso do pagamento das contraprestações por mais de 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, mediante comunicação prévia à CONTRATANTE.

Parágrafo Primeiro: O presente contrato poderá igualmente ser rescindido de forma imotivada, após a vigência mínima de 12 (doze) meses por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito de 60 (sessenta) dias. Ou ainda, motivadamente a qualquer tempo, mediante aviso prévio por escrito de 30 (trinta) dias, quando:

1. Qualquer das partes infringir cláusula do presente instrumento;
2. Houver fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte da CONTRATANTE;
3. A pessoa jurídica CONTRATANTE encerrar suas atividades;
4. Constatada a impossibilidade de manutenção do contrato sempre que o percentual total da sinistralidade descrita na cláusula 12ª, item "A" parágrafo primeiro, ultrapassar 99% (noventa e nove por cento) sem que haja a recomposição por meio do reajuste anual.

Parágrafo Segundo: Ainda, o contrato firmado por empresário individual poderá ser rescindido, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, se no período da notificação deixar de comprovar sua inscrição junto aos órgãos competentes e sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição.

Parágrafo Terceiro: Tendo a contratação sido realizada por CONTRATANTE enquadrado na condição de empresário individual a faculdade de rescisão por iniciativa da OPERADORA de forma imotivada, somente poderá ocorrer na data de aniversário do contrato, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contendo as razões da rescisão no ato da comunicação.

Parágrafo Quarto: No caso de rescisão contratual, havendo beneficiários em período de interinação, esta não será suspensa, porém a OPERADORA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas à CONTRATANTE.

CLÁUSULA 17 - DISPOSIÇÕES GERAIS

A OPERADORA disponibilizará acesso individualizado para titulares e dependentes ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, disponível no site: www.unimedblumenau.coop.br devendo a CONTRATANTE realizar a comunicação aos beneficiários.

A OPERADORA disponibiliza canais de atendimento presencial e telefônico informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde entregue ao(s) beneficiário(s), bem como no site www.unimedblumenau.coop.br.

I. DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE

Integram este contrato, para todos os fins de direito, quaisquer documentos entregues a CONTRATANTE que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, tais como: Proposta de Contratação, Formulário Cadastral, Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, Guia de Leitura Contratual, Carta de Orientação ao Beneficiário, Declaração de Saúde e Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária, quando cabível.

Parágrafo Primeiro: A CONTRATANTE declara, para fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09, que recebeu o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, e, se compromete a entregar cópia do mesmo a todos os possíveis beneficiários titulares que manifestarem interesse no ingresso, enquanto vigente esta relação contratual com a OPERADORA.

Parágrafo Segundo: A CONTRATANTE se compromete a entregar o Guia de Leitura Contratual – GLC, o qual será entregue pela OPERADORA juntamente com o cartão de identificação, a todos os beneficiários titulares que vierem a ingressar no plano de saúde, e, a disponibilizar, sempre que demandado pelo beneficiário titular, cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

Parágrafo Terceiro: A CONTRATANTE de natureza jurídica Empresário Individual deverá comprovar, anualmente no mês de aniversário do presente contrato:

1. Sua inscrição nos órgãos competentes;
2. Sua regularidade cadastral junto à Receita Federal;
3. A elegibilidade dos beneficiários conforme disposto na cláusula CONDIÇÕES DE ADMISSÃO;
4. Outros documentos que vierem a ser exigidos pela legislação vigente.

II. DEFINIÇÕES PARA FINS DESSE CONTRATO

Carência é um período pré-determinado no contrato, contado a partir da inclusão do beneficiário no plano durante o qual não poderá fazer uso dos procedimentos cobertos pelo plano.

Coparticipação é o valor pecuniário cobrado do beneficiário, através da aplicação de percentual calculado sobre os procedimentos e eventos efetivamente prestados.

Declaração de Saúde é o questionário a ser preenchido pelo beneficiário no momento de sua inclusão no plano para avaliar seu atual estado de saúde e declarar as doenças que saiba ser portador no momento da contratação.

Entrevista Qualificada é a possibilidade de preencher a Declaração de Saúde com orientação médica.

Órteses são dispositivos mecânicos aplicados sobre segmentos corporais, para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função, necessária durante o ato cirúrgico.

Procedimentos ambulatoriais são aqueles que não demandam de nenhum tipo de regime de internação hospitalar.

Próteses são as peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

Acomodação Enfermaria é acomodação em quarto hospitalar coletivo.

III. DISPOSIÇÕES FINAIS

As partes ajustam que qualquer omissão ou tolerância das partes na exigência do fiel cumprimento dos termos e condições do presente contrato, ou no exercício de prerrogativas dele decorrentes, não constituirá novação ou renúncia, nem afetará o direito da parte de exercê-lo a qualquer tempo.

Parágrafo Único: As partes declaram subordinação na interpretação deste instrumento aos normativos editados pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

CLÁUSULA 18 - FORO

Fica eleito o foro da Comarca da CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato.

CLÁUSULA 19 – DESCONTOS

O presente contrato de assistência à saúde não contempla nenhuma modalidade de desconto, pois, trata-se de produto com valores pré-estabelecidos na Proposta de Contratação e demais reflexos nos moldes das cláusulas antecedentes.

Por estarem às partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

Blumenau, 01 de abril de 2018.

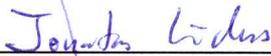


OPERADORA
UNIMED BLUMENAU-COOPERATIVA
DE TRABALHO MÉDICO



CONTRATANTE
FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE
DOS SERV PUB DE TIMBO
Eduardo Espinosa
Assessor Institucional de
Política Pública de Saúde

TESTEMUNHAS: 1.


Nome: **UNIMED BLUMENAU**
CPF: **Jonatas Luders**
CPF: 032.762.479-50

2.


Nome: **DANIEL AGOSTINI NETO**
CPF: **Assessor Instit. de Relações Internas**
CPF: 047.194.630-08

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ADICIONAL AO PLANO DE SAÚDE UNIFLEX ESTADUAL COLETIVO - CONTRATO Nº. 10821

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social: Fundo de Assistência a Saúde dos Servidores Públicos de Timbó
Nome Fantasia: FASS de Timbó
CNPJ: 20.727.444/0001-30
Endereço: Avenida Getúlio Vargas, 700 – Anexo Prédio Prefeitura CEP.: 89.120-000
Bairro: Centro Cidade/Estado: Timbó/SC

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Unimed Blumenau – Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 82.624.776/0001-47 Registro da OPERADORA na ANS nº 33456-1
Classificação: Cooperativa Médica
Endereço: Rua das Missões, 455 CEP.: 89051-900
Bairro: Ponta Aguda – Cidade: Blumenau/SC

1) SERVIÇOS ASSEGURADOS

Também está coberto pelo contrato a cobertura adicional, não prevista na Lei 9656/98 e no Rol de procedimentos da ANS, a saber:

FUNDO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL (FEA)

Ocorrendo o falecimento do beneficiário titular, os beneficiários 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, ficando mantida a cobrança dos valores relativos à coparticipação nas despesas assistenciais, quando houver, previstas na cláusula “Mecanismos de Regulação” do contrato de plano de saúde originalmente assinado pelo CONTRATANTE.

Parágrafo Primeiro. Perderá imediatamente o referido benefício o dependente que, no curso dos 3 (três) anos, deixar de apresentar as condições de dependência mencionadas no parágrafo terceiro, ou inadimplirem o pagamento de coparticipação nas despesas assistenciais, quando houver previsão de cobrança no contrato de plano de saúde.

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 beneficiários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data do falecimento do titular;
- d) Para os beneficiários que, mesmo inscritos na qualidade de beneficiários dependentes, não atendam às condições estabelecidas na Cláusula Condições de Admissão por ocasião do óbito do beneficiário titular.

Parágrafo Terceiro. Consideram-se dependentes aptos a participarem do FEA, segundo regulamento próprio, aqueles regularmente inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão, exceto os filhos com idade superior a 24 anos incompletos.

Parágrafo Quarto. O direito ao FEA também é conferido ao nascituro considerado filho do beneficiário 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 beneficiários dependentes, no prazo de até 30 (trinta) dias após o óbito do titular, do Atestado e Certidão de Óbito do beneficiário titular, além dos documentos necessários à comprovação da dependência, podendo a OPERADORA solicitar outros documentos se julgar necessário.

Parágrafo Sexto. Os cartões individuais de identificação dos beneficiários 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 beneficiários dependentes poderão adquirir novo plano da Unimed sediada no local de sua residência, desde que seja no Estado de Santa Catarina.

Parágrafo Oitavo. Os beneficiários 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 consequente gozo do benefício do FEA pelos respectivos dependentes legais inscritos.

2) VIGÊNCIA CONTRATUAL

O presente contrato terá prazo indeterminado de vigência.

Parágrafo Primeiro. Tratando-se de prestação de serviços adicionais ao Plano de Saúde, a vigência do presente contrato subordina-se à vigência do Plano de Saúde, rescindindo-se, automaticamente, por quaisquer das causas que motivarem a rescisão daquele.

Parágrafo Segundo. De igual forma, a eventual suspensão do atendimento do Plano de Saúde implicará na suspensão dos direitos aqui contratados.



CONTRATO DE SERVIÇO ADICIONAL

Por estarem às partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

Blumenau, 01 de abril de 2018.

OPERADORA
UNIMED BLUMENAU-COOPERATIVA
DE TRABALHO MÉDICO

CONTRATANTE
FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE
DOS SERV PUB DE TIMBO

Eduardo Espindola
Assessor Institucional de
Politica Pública de Saúde

TESTEMUNHAS: 1 -

Nome: **UNIMED BLUMENAU**
CPF: **Jonatas Luders**
CPF: 032.762.479-50

2 -

Nome: **DANIEL AGOSTINI NETO**
CPF: **Assessor Inst. de Relações Internas**
CPF: 087.134.110-05

