DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

CONTRATANTE: SINDICATO INTERMUNICIPAL DOS PROFESSORES (SINDICATO I PROFESSORES), inscrita junto ao CNPJ/MF sob o nº. 90.757.204/0001-64, com sede na R BR DO AMAZONAS, 1581, bairro JARDIM BOTANICO em PORTO ALEGRE/RS, telefone 51999335439, e-mail convenios@adufrgs.org.br, neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente **CONTRATANTE.**

II. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

CONTRATADA: UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LTDA., inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o número (nº) 87.096.616/0001-96, inscrita perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o nº 35.250-1 e classificada como cooperativa médica, com endereço na Av. Venâncio Aires, nº 1.040, em Porto Alegre/RS, neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente **CONTRATADA**.

SEÇÃO CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DO PLANO

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO PERANTE A ANS

a) nome comercial: **UNIFÁCIL COLETIVO POR ADESÃO AMBULATORIAL**
b) número de registro do plano na ANS: **462.891.108**

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Cláusula 1. Tipo de contratação do plano de saúde: coletivo por adesão.

V. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Cláusula 2. Tipo de segmentação assistencial do plano de saúde: plano ambulatorial.

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Cláusula 3. Este plano tem abrangência no grupo de municípios a seguir relacionados: Alvorada, Arambaré, Arroio do Sal, Balneário Pinhal, Barra do Ribeiro, Cachoeirinha, Camaquã, Canoas, Capão da Canoa, Capivari do Sul, Caraá, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cidreira, Cristal, Dom Feliciano, Dom Pedro de Alcântara, Eldorado do Sul, Esteio, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Imbé, Itati, Mampituba, Maquiné, Mariana Pimentel, Morrinhos do Sul, Mostardas, Nova Santa Rita, Osório, Palmares do Sul, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha, Sapucaia do Sul, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes, Tavares, Terra de Areia, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Viamão, Xangri-lá.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Cláusula 4. Municípios de: Alvorada, Arambaré, Arroio do Sal, Balneário Pinhal, Barra do Ribeiro, Cachoeirinha, Camaquã, Canoas, Capão da Canoa, Capivari do Sul, Caraá, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cidreira, Cristal, Dom Feliciano, Dom Pedro de Alcântara, Eldorado do Sul, Esteio, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Imbé, Itati, Mampituba, Maquiné, Mariana Pimentel, Morrinhos do Sul, Mostardas, Nova Santa Rita, Osório, Palmares do Sul, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha, Sapucaia do Sul, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes, Tavares, Terra de Areia, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Viamão, Xangri-lá.

VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Cláusula 5. Este contrato não prevê cobertura para internação hospitalar.

IX. OBJETO

Cláusula 6. Prestação continuada dos serviços a seguir descritos, na forma de plano privado de assistência à saúde, conforme previsto no inciso I do artigo 1º da Lei n. 9.656/98 - Lei dos Planos de Saúde, visando à assistência médica com cobertura das doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, cujos tratamentos estão cobertos no Rol de Procedimentos estabelecidos pela ANS:
a) consultas médicas, por médicos referenciados pela **CONTRATADA**, nos termos das cláusulas deste contrato;
b) serviços de urgência, nos prontos-atendimentos e demais serviços credenciados pela **CONTRATADA**, nos termos das cláusulas deste contrato;
c) exames necessários ao diagnóstico, nos termos das cláusulas deste contrato;
d) serviços ambulatoriais, nos termos das cláusulas deste contrato.
Parágrafo único. O acesso à Classificação Estatística Internacional de Doenças poderá ser feito na página eletrônica *www.cfm.org.br* e ao rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o plano contratado, na página eletrônica *www.ans.gov.br*.

X. VIGÊNCIA E CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Cláusula 7. O presente contrato vigora a partir da data 01/04/2023, pelo prazo determinado de 1 (um) ano.
§ 1º. Uma vez assinado o contrato, se o **CONTRATANTE** quiser arrepender-se, terá 07 (sete) dias para isso, desde que não tenha usufruído dos serviços nele previstos.
§ 2º. Havendo interesse mútuo na continuidade do presente e não havendo manifestação de qualquer das partes, em sentido contrário, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.
§ 3º. Não será cobrada qualquer taxa ou outro valor a título de renovação contratual.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

XI. FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula 8. A forma de pagamento da contraprestação econômica do presente contrato é preestabelecida, tendo em vista que o **CONTRATANTE** efetua o pagamento das mensalidades à **CONTRATADA** antes e independentemente da utilização das coberturas contratadas, nos termos desta avença.

XII. PAGAMENTO DE MENSALIDADE

Cláusula 9. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA:
I - despesas de inscrição e material, no valor de R$ 10,00 (dez reais) (Isento Mensal Inicial), quando do recebimento do primeiro documento de pagamento;
II - o valor mensal, conforme previsto no capítulo FAIXAS ETÁRIAS, correspondendo à contribuição do mês subsequente, até o 5º (quinto) dia de cada mês, quando do recebimento do documento de pagamento, após a aceitação da proposta pela CONTRATADA ou quando da inclusão de novos beneficiários, calculada por pessoa inscrita.
O valor correspondente às seguintes coparticipações:
a) R$50,00 (cinquenta reais) no atendimento realizado em caráter de urgência e emergência, contemplando a consulta, materiais e medicamentos utilizados. Para as coparticipações em exames e eventual internação serão observadas as previsões específicas do contrato;
b) R$20,00 (vinte reais) nas consultas eletivas previstas neste contrato, desde que não haja previsão diversa ou específica nesta cláusula;
c) 40% (quarenta por cento) sobre o valor das sessões fisiátricas e/ou fisioterápicas (reeducação e reabilitação física);
d) 40% (quarenta por cento) sobre o valor dos atendimentos e/ou sessões de acupuntura, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS);
e) 50% (cinquenta por cento) do valor das consultas médico-psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e tratamentos em hospital-dia para transtornos mentais;
f) 50% (cinquenta por cento) do valor das consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia e nutrição;
g) 30% (trinta por cento) sobre o valor de cada exame previsto neste contrato, desde que não haja previsão diversa ou específica.
h) 30% (trinta por cento) sobre o valor de cada exame de medicina laboratorial, anatomia patológica e citopatologia, medicina transfusional e radiologias simples. Os exames de densitometria óssea, biologia molecular e exames de genética não estão contemplados neste item;
i) A cobrança de coparticipação em exames prevista neste contrato está limitada ao valor de R$ 130,00 (cento e trinta reais) por mês e por beneficiário inscrito;

§ 1º. Os valores de pagamento de mensalidades aqui previstos destinam-se, proporcionalmente, segundo cálculos atuariais próprios da CONTRATADA, à remuneração dos atos cooperativos principais (serviços médicos) e ao ressarcimento dos atos cooperativos auxiliares (serviços indispensáveis ao

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

atendimento médico), tais como despesas laboratoriais, de raio X e de urgência, e se destinam, igualmente, a cobrir os custos administrativos da CONTRATADA.
§ 2º. O CONTRATANTE consultará previamente a CONTRATADA, antes de efetivar qualquer retenção de valores relativos a eventuais tributações decorrentes deste contrato, nas hipóteses em que a legislação o exija ou venha a exigi-lo, para fins de acordar sua efetiva incidência no caso concreto.
§ 3º. O atraso nos pagamentos implicará o cadastramento da inadimplência junto aos Órgãos de Proteção ao Crédito.
§ 4º. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a ele já vinculados, excetuadas as variações do valor em razão de diferença de faixa etária.
§ 5º. A CONTRATADA cobrará, em caso de mora no pagamento da mensalidade, juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.
§ 6º. Exclusivamente para as contratações coletivas empresariais e por adesão, os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários com a pessoa jurídica CONTRATANTE, se houverem, serão ajustados única e exclusivamente entre estes.

XIII. FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 10. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Cláusula 11. O valor base da mensalidade, estabelecido para a faixa etária de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos, tem o valor de R$ 57,43 (cinquenta e sete reais e quarenta e três centavos).

Cláusula 12. A mensalidade contratual sofrerá as seguintes variações percentuais, observada a idade do beneficiário já inscrito no contrato ou a idade que tenha quando da sua inclusão:

Faixa etária	Valor base da mensalidade acrescido de
0 a 18 anos	0% (zero por cento);
19 a 23 anos	19,90% (dezenove vírgula noventa por cento);
24 a 28 anos	40,50% (quarenta vírgula cinquenta por cento);
29 a 33 anos	61,20% (sessenta e um vírgula vinte por cento);
34 a 38 anos	71,00% (setenta e um por cento);
39 a 43 anos	97,20% (noventa e sete vírgula vinte por cento);
44 a 48 anos	145,00% (cento e quarenta e cinco por cento);

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

49 a 53 anos	210,50% (duzentos e dez vírgula cinquenta por cento);
54 a 58 anos	309,30% (trezentos e nove vírgula trinta por cento);
59 anos ou mais	499,90% (quatrocentos e noventa e nove vírgula noventa por cento);

§ 1º. Em virtude da mudança da faixa etária, nenhuma variação percentual atingirá o beneficiário com mais de 60 (sessenta) anos de idade.
§ 2º. Os percentuais de variação em cada faixa etária deverão observar as seguintes condições:
I - o valor fixado para última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o da primeira faixa etária;
II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

XIV. REAJUSTE

Cláusula 13. Os valores aqui estipulados serão reajustados anualmente, de acordo com os critérios definidos nos itens **a**, **b** e **c**. **Parágrafo único.** Na hipótese de legislação que permita reajustes, em prazos menores que o aqui estipulado, o presente contrato ficará automaticamente adaptado ao prazo mínimo previsto em lei.

Cláusula 14. A **CONTRATADA** comunicará à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o percentual de reajuste efetivamente aplicado.

Cláusula 15. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados nem distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados. **Parágrafo único.** O disposto acima não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

Cláusula 16. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações pecuniárias terão reajuste anualmente, a partir da data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data-base única.

Cláusula 17. Neste capítulo, para fins de reajuste anual da contraprestação pecuniária, o contrato será classificado observando o disposto abaixo:

a) CONTRATOS COLETIVOS ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS

Cláusula 18. Caso o contrato contenha até 29 beneficiários, será reajustado conforme as cláusulas abaixo.

Cláusula 19. A quantidade de beneficiários utilizada para definir se serão aplicados ao contrato os critérios deste item será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato. Após

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

a definição que o contrato faz parte deste agrupamento, esta definição só será reavaliada no próximo aniversário do contrato, sendo aplicável para o reajuste posterior à próxima reavaliação.

Cláusula 20. Para fins do disposto neste item, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ou pertencentes ao mesmo grupo econômico, ainda que vinculados a outro plano contratado. **Parágrafo único.** Considera-se grupo econômico o conjunto de empresasque tem o mesmo interessee que tem parte da sua gestão comum, mesmo que as empresas possuam personalidade jurídica própria e independente umas das outras.

Cláusula 21. Serão divulgados, até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos e os contratos que receberão o reajuste.

Cláusula 22. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato enquadrado neste item observará o disposto abaixo:

I - REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro aplicado à mensalidade será realizado com base na Variação dos Custos Médico Hospitalares - VCMH da Unimed Porto Alegre.
O Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares - IVCMH considera uma ponderação por plano, segmentação assistencial, nível de coparticipação, dentre outras variáveis, o que evita distorções caso as proporções das variáveis acima se alterem na base no decorrer do tempo.
O custo médico-hospitalar é resultado de uma combinação dos fatores frequência e preço dos serviços de saúde. Desta forma, se em um determinado período a frequência de utilização e o preço médio aumentam, o custo apresenta uma variação maior do que a variação isolada de cada um desses fatores. A variação do custo médico-hospitalar (VCMH) é calculada considerando-se o custo médio por beneficiário exposto, ou seja, que não estava cumprindo carência, em um período de 12 meses (média móvel) em relação às despesas médias dos doze meses imediatamente anteriores. A média móvel expurga efeitos de sazonalidade.

$$RF = IVCMH$$

Onde,
RF é o reajuste financeiro;
IVCMH é o Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares;

II - REAJUSTE TÉCNICO EM FUNÇÃO DA SINISTRALIDADE DOS CONTRATOS DE ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS

Caso seja constatado o desequilíbrio econômico-atuarial da coletividade de contratos até 29 beneficiários, será aplicado como o reajuste técnico (RT), conforme segue:

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

$$RT = max\ [\ 1;(S/Sm)\ ]$$

Onde,
RT é o reajuste técnico;
S é a sinistralidade da coletividade de contratos até 29 beneficiários, apurada com base no período de 12 meses.
Sm é a meta de sinistralidade expressa no contrato, e o desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando esse índice ultrapassa 65%(sessenta e cinco por cento);
max [1;(S/Sm)] é o valor máximo entre o 1 e o valor resultante da fórmula **(S/Sm).**

III - REAJUSTE ANUAL

A composição dos índices dos itens I e II será o reajuste anual aplicado na coletividade de contratos até 29 beneficiários, conforme segue:

$$RA = [\ RF \times RT\ ] - 1$$

Onde,
RA é o reajuste anual da coletividade de contratos até 29 beneficiários;

IV - Na hipótese de descontinuidade dos índices acima estabelecidos, serão estipulados novos índices mediante instrumento específico.

Cláusula 23. Em observância ao artigo 1º da RN nº 309/2012 da ANS, o exposto neste item não se aplica aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o artigo 17 da RN n.º 279/2011 da ANS, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998.

b) CONTRATOS COLETIVOS ENTRE 30 E 99 BENEFICIÁRIOS

Cláusula 24. Caso o contrato contenha entre 30 e 99 beneficiários, será reajustado conforme as cláusulas abaixo.

Cláusula 25. A quantidade de beneficiários utilizada para definir se serão aplicados ao contrato os critérios deste item será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato. Após a definição que contrato faz parte deste agrupamento, esta definição só será reavaliada no próximo aniversário do contrato, sendo aplicável para o reajuste posterior à próxima reavaliação.

Cláusula 26. Para fins do disposto neste item, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ou pertencentes ao mesmo grupo econômico, ainda que vinculados a outro plano contratado. **Parágrafo único.** Considera-se grupo econômico o conjunto de empresasque tem

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

o mesmo interessee que tem parte da sua gestão comum, mesmo que as empresas possuam personalidade jurídica própria e independente umas das outras.

Cláusula 27. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato enquadrado neste item observará o disposto abaixo:

I - REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro aplicado à mensalidade será realizado com base na Variação dos Custos Médico Hospitalares - VCMH da Unimed Porto Alegre.
O Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares - IVCMH considera uma ponderação por plano, segmentação assistencial, nível de coparticipação, dentre outras variáveis, o que evita distorções caso as proporções das variáveis acima se alterem na base no decorrer do tempo.
O custo médico-hospitalar é resultado de uma combinação dos fatores frequência e preço dos serviços de saúde. Desta forma, se em um determinado período a frequência de utilização e o preço médio aumentam, o custo apresenta uma variação maior do que a variação isolada de cada um desses fatores. A variação do custo médico-hospitalar (VCMH) é calculada considerando-se o custo médio por beneficiário exposto, ou seja, que não estava cumprindo carência, em um período de 12 meses (média móvel) em relação às despesas médias dos doze meses imediatamente anteriores. A média móvel expurga efeitos de sazonalidade.

$$RF = IVCMH$$

Onde,
RF é o reajuste financeiro;
IVCMH é o Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares;

II - REAJUSTE TÉCNICO EM FUNÇÃO DA SINISTRALIDADE DOS CONTRATOS DE 30 A 99 BENEFICIÁRIOS

Caso seja constatado o desequilíbrio econômico-atuarial da coletividade de contratos de 30 a 99 beneficiários**,** será aplicado como o reajuste técnico (RT), conforme segue:

$$RT = max\ [\ 1;(S/Sm)\ ]$$

Onde,
RT é o reajuste técnico;
S é a sinistralidade da coletividade de contratos de 30 a 99 beneficiários, apurada com base no período de 12 meses.
Sm é a meta de sinistralidade expressa no contrato, e o desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando esse índice ultrapassa 70%(setenta por cento);
max [1;(S/Sm)] é o valor máximo entre o 1 e o valor resultante da fórmula **(S/Sm).**

III - REAJUSTE MÉDIO ANUAL

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

A composição dos índices dos itens I e II será o reajuste médio anual aplicado na coletividade de contratos de 30 a 99 beneficiários, conforme segue:

$$RMA = [\ RF \times RT\ ]-1$$

Onde,
RMA é o reajuste médio anual da coletividade de contratos de 30 a 99 beneficiários;
O RMA será distribuído entre os contratos conforme os critérios demonstrados no item IV.

IV - DISTRIBUIÇÃO DO REAJUSTE MÉDIO ANUAL ENTRE OS CONTRATOS

A coletividade de contratos é composta de diferentes produtos, segmentações assistenciais, níveis de coparticipação, perfis etários, perfis de gênero e datas de contratação. Desta forma, nesta coletividade de contratos há riscos distintos, determinados pelos itens supracitados, e diferentes níveis de mensalidade para riscos similares, de acordo com a evolução das mensalidades durante as vigências dos contratos desde as suas respectivas datas de contratação.
Assim, com base no Reajuste Médio Anual (RMA) apurado no item anterior, haverá a distribuição deste reajuste utilizando como critério a relação entre a mensalidade atual dos contratos em cada produto e os valores de mensalidade adequados de acordo com os estudos atuariais vigentes da operadora. Salienta-se que a relação de mensalidade atual e mensalidade adequada supracitada será utilizada apenas para distribuição do reajuste médio apurado no item III, não sendo utilizada para definição do nível de reajuste médio que será aplicado ao agrupamento.
Desta forma, contratos com perfis similares e mensalidades similares terão reajustes similares, enquanto contratos com perfis similares e mensalidades distintas terão reajustes distintos, sendo que o reajuste médio anual entre todos os contratos do agrupamento será o definido no item III.
Assim, não será utilizada a sinistralidade individual dos contratos para fins de apuração do reajuste, e sim a sinistralidade coletiva, que será ponderada de acordo com a relação entre a mensalidade atual do contrato em cada produto e os valores de mensalidade adequados de acordo com os estudos atuariais vigentes da operadora.
Para evitar uma amplitude demasiada entre os reajustes mínimos e máximos aplicados, em função das relações existentes entre mensalidades atuais e adequadas para os diversos contratos do agrupamento, serão estabelecidos anualmente reajustes mínimos e máximos, respeitando-se o reajuste médio anual do item III.

Cláusula 28. Na hipótese de descontinuidade dos índices acima estabelecidos, serão estipulados novos índices mediante instrumento específico.

c) CONTRATOS COLETIVOS COM 100 OU MAIS BENEFICIÁRIOS

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Cláusula 29. Caso o contrato contenha 100 ou mais beneficiários, será reajustado conforme as cláusulas abaixo.

Cláusula 30. A quantidade de beneficiários utilizada para definir se serão aplicados ao contrato os critérios deste item será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato. Após a definição que o contrato se enquadra neste item, esta definição só será reavaliada no próximo aniversário do contrato, sendo aplicável para o reajuste posterior à próxima reavaliação.

Cláusula 31. Para fins do disposto neste item, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ou pertencentes ao mesmo grupo econômico, ainda que vinculados a outro plano contratado. **Parágrafo único.** Considera-se grupo econômico o conjunto de empresasque tem o mesmo interessee que tem parte da sua gestão comum, mesmo que as empresas possuam personalidade jurídica própria e independente umas das outras.

Cláusula 32. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato enquadrado neste item observará o disposto abaixo:

I - REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro aplicado à mensalidade será realizado com base na Variação dos Custos Médico Hospitalares - VCMH da Unimed Porto Alegre.
O Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares - IVCMH considera uma ponderação por plano, segmentação assistencial, nível de coparticipação, dentre outras variáveis, o que evita distorções caso as proporções das variáveis acima se alterem na base no decorrer do tempo.
O custo médico-hospitalar é resultado de uma combinação dos fatores frequência e preço dos serviços de saúde. Desta forma, se em um determinado período a frequência de utilização e o preço médio aumentam, o custo apresenta uma variação maior do que a variação isolada de cada um desses fatores. A variação do custo médico-hospitalar (VCMH) é calculada considerando-se o custo médio por beneficiário exposto, ou seja, que não estava cumprindo carência, em um período de 12 meses (média móvel) em relação às despesas médias dos doze meses imediatamente anteriores. A média móvel expurga efeitos de sazonalidade.

$$RF = IVCMH$$

Onde,
RF é o reajuste financeiro;
IVCMH é o Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares;

II - REAJUSTE TÉCNICO EM FUNÇÃO DA SINISTRALIDADE DO CONTRATO

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Caso seja constatado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato , será aplicado como o reajuste técnico (RT), conforme segue:

$$RT = max\ [\ 1;(S/Sm)\ ]$$

Onde,
RT é o reajuste técnico;
S é a sinistralidade do contrato, apurada com base no período de 12 meses.
Sm é a meta de sinistralidade expressa no contrato, e o desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando esse índice ultrapassa 70% (setenta por cento);
max [1;(S/Sm)] é o valor máximo entre o 1 e o valor resultante da fórmula **(S/Sm)**.

III - REAJUSTE ANUAL

A composição dos índices dos itens I e II será o reajuste anual aplicado ao contrato, conforme segue:

$$RA = [RF \times RT]-1$$

Onde,
RA é o reajuste anual do contrato;
IV - Na hipótese de descontinuidade dos índices acima estabelecidos, serão estipulados novos índices mediante instrumento específico.

XV. DAS REGRAS PARA EMPRESÁRIO INDIVIDUAL

Não se aplica as regras previstas neste capítulo.

SEÇÃO CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO

XVI. NATUREZA DO CONTRATO

Cláusula 33. Contrato de prestação de serviços oneroso, bilateral, futuro e aleatório e de adesão, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

XVII. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Cláusula 34. O **CONTRATANTE** terá direito à cobertura de transporte aeromédico, cujo teor constituirá instrumento anexo ao presente.

XVIII. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

Cláusula 35. O beneficiário titular do presente contrato deverá possuir vínculo associativo com a entidade pessoa jurídica **CONTRATANTE**, sendo esta pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial vinculada à **CONTRATANTE**.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Parágrafo único. É facultada a adesão do grupo familiar dependente do beneficiário titular nos termos das cláusulas deste contrato, desde que este último seja igualmente incluído no presente contrato.

Cláusula 36. As condições de admissão dos beneficiários titulares e dependentes neste contrato são as expressamente nele previstas, sendo vedadas quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

Cláusula 37. São beneficiários titulares, as pessoas físicas que mantém com a entidade vinculada a **CONTRATANTE** relação de caráter profissional, classista ou setorial nos termos da Resolução Normativa nº 195 de 2009 e suas posteriores atualizações, desde que devidamente inscritos no presente Contrato.

Cláusula 38. São beneficiários dependentes os inscritos pela **CONTRATANTE** como dependentes econômicos dos beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, de acordo com a seguinte relação:
I - o(a) esposo(a), o(a) companheiro(a) desde que declarado(a) em instrumento público ou com reconhecimento judicial da união estável;
II - os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos(as) de qualquer idade, equiparando-se o adotado, o enteado, o menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o menor tutelado até 18 (dezoito) anos;
III - os(as) filhos(as) estudantes, até 24 (vinte e quatro) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.
Parágrafo único. A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos para a admissão dos beneficiários, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.

Cláusula 39. Compete à **CONTRATANTE**, ao entregar à **CONTRATADA**, para cadastro, a lista de beneficiários que integrará o presente contrato, bem como, quando da inclusão de novo beneficiário, justificar os vínculos dos dependentes, comprovando-os quando necessário ou por solicitação da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, por todos os meios de prova judicialmente admissíveis para o caso, não implicando a aceitação inicial concordância com a inclusão fora da lista prevista neste contrato.
§ 1º. As inclusões de beneficiários poderão ser efetuadas até o 10° (décimo) dia de cada mês, e as exclusões de beneficiários até o 10° (décimo) dia de cada mês, **não sendo consideradas, fora deste prazo, para emissão da fatura do mês subsequente.**
§ 2º. A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

XIX. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula 40. Todos os procedimentos e serviços previstos neste contrato serão fornecidos no limite do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS, sendo observadas as Diretrizes de Utilização (DUT), as Diretrizes Clínicas (DC) e o Protocolo de Utilização (PROUT) que definem critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos.

Cláusula 41. O atendimento é assegurado, independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitada a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços da **CONTRATADA** e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

Cláusula 42. A **CONTRATADA** declara que assegura cobertura a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, desde que previstas no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial determinado pela ANS, e observadas as limitações e exclusões contratuais.

Cláusula 43. É garantida a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS.

Cláusula 44. Terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, a participação de profissional médico anestesiologista nos eventos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial determinado pela ANS, vigente à época do evento.

Cláusula 45. Os beneficiários terão cobertura de consultas médicas, inclusive pré-natal, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento, observadas as exclusões e limitações deste instrumento.

Cláusula 46. Os beneficiários terão cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial determinado pela ANS vigente à época do evento. **Parágrafo único.** O beneficiário que fizer uso das consultas e sessões previstas nesta cláusula poderá participar do Programa de Medicina Preventiva, quando indicado e fornecido pela **CONTRATADA**.

Cláusula 47. Os beneficiários terão cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Parágrafo único. Os procedimentos previstos no "caput" desta cláusula serão realizados por médicos fisiatras assistentes da **CONTRATADA**, devidamente habilitados.

Cláusula 48. Os beneficiários terão direito aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação, enquanto necessários ao diagnóstico e tratamento e desde que incluídos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS.
§ 1º. Os serviços descritos no "caput" desta cláusula serão prestados por pessoas físicas e jurídicas credenciadas ou referenciadas pela **CONTRATADA**, constantes no "Guia Médico", sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas neste contrato.
§ 2º. Incluem-se na cobertura acima descrita os medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos anexos e nos artigos do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS.

Cláusula 49. Os atendimentos ambulatoriais que sejam solicitados por médicos assistentes, os quais serão cobertos por este contrato, são aqueles incluídos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS, sempre observadas as exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 50. Ambulatorialmente é garantida a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
I - hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
II - quimioterapia oncológica ambulatorial;
III - procedimentos de radioterapia ambulatorial listados no anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS;
IV - procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS;
V - hemoterapia ambulatorial;
VI - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS;
VII - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS, respeitando preferencialmente as seguintes características:
a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.
Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso II desta cláusula, entende-se como quimioterapia oncológica ambulatorial aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

Cláusula 51. São garantidos os atendimentos à psicoterapia, com médico-psiquiatra da **CONTRATADA**, conforme indicação do médico assistente e segundo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, não cumulativas quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
I - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 A F59);
II - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F90 A F98);
III - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
IV - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38, F39);
V - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);
VI - Paciente com primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID 60 a 69).

Cláusula 52. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação da **CONTRATADA** com seus prestadores de serviço de saúde.
Parágrafo único. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Ambulatorial, determinado pela ANS serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 (doze) da Lei 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista, respeitado o previsto no "caput" desta cláusula.

XX. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula 53. Estão expressamente excluídos deste contrato, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura, sem prejuízo das limitações previstas nas cláusulas subsequentes, os seguintes procedimentos:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental em qualquer hipótese, isto é, aqueles que:

a) Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina-CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia-CFO; ou

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

II - 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;

III - 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;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - 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;

VI - fornecimento de próteses, órteses, stents, marca-passo, geradores, válvulas, acessórios e outros quando não ligados ao ato cirúrgico, ou seja, cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de cirurgia, observada a cobertura assistencial deste contrato que é somente ambulatorial;

VII - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta do profissional de saúde habilitado, ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoa físicas em farmácias de acesso público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatório, urgência e emergência), excetuados os casos previstos no capítulo "Coberturas e Procedimentos garantidos" deste contrato;

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

VIII - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
XI - transplantes e despesas decorrentes destes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial;
XII - consultas e procedimentos domiciliares;
XIII - medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;
XIV - exames para frequentar piscinas e ginástica;
XV - laserterapia e microcirurgia para tratamento de varizes;
XVI - provas de paternidade;
XVII - sonoterapia;
XVIII - enfermagem, em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
XIX - cirurgias para mudança de sexo;
XX - vacinas;
XXI - todo e qualquer atendimento fora da rede credenciada ou referenciada, salvo casos de urgência e emergência dentro da área de abrangência, quando não for possível a utilização da rede credenciada;
XXII - todo e qualquer procedimento que não esteja expressamente previsto no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial determinado pela ANS;
XXIII - internações hospitalares em qualquer hipótese;
XXIV - procedimentos para fim de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares (UTI, CETIN, etc.);
XXV - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
XXVI - quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação;
XXVII - embolizações em qualquer hipótese;
XXVIII - remoções terrestres, que não aquelas expressamente previstas neste contrato.
§ 1º. Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
§ 2º. Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.
§ 3º. Não ligados ao ato cirúrgico são os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
§ 4º. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órtese ou prótese deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na "internet" (www.ans.gov.br).

Cláusula 54. As cláusulas referentes a exclusões ou limitações, previstas neste contrato, aplicam-se cumulativamente, sem que a incidência de uma exclua a de outras.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

XXI. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula 55. Ficam estabelecidos, para a utilização dos serviços aqui convencionados, em relação a cada beneficiário, a contar da data da assinatura deste ou a contar da inclusão posterior, **os seguintes prazos de carência**, sem prejuízo do disposto na cláusula que dispõe sobre doenças e lesões preexistentes a este contrato:
I - cobertura de casos de urgência ou emergência: **24 (vinte e quatro) horas**;
II - consultas médicas, procedimentos terapêuticos não cirúrgicos de baixa complexidade, avaliações médicas e acompanhamentos médicos, nos termos previstos neste instrumento: **30 (trinta) dias**;
III - exames complementares de medicina laboratorial, anatomia patológica e citopatologia, medicina transfusional e radiologias simples, excluindo-se a densitometria óssea e os exames listados no item V: **30 (trinta) dias**;
IV - consultas e/ou sessões de acupuntura, psicologia, psicoterapia, fisioterapia, nutrição, fonaudiologia, fisiatria, terapia ocupacional e endoscopias: **60 (sessenta) dias**;
V - exames de genética e biologia molecular: **180 (cento e oitenta) dias**;
VI - exames não listados anteriormente, tais como, tomografias computadorizadas, cintilografias, ressonâncias magnéticas, monitorizações (mapa, holter, tilt teste, neurofisiológica), radiologia complexa (exames contrastados ou ecográficos com efeito doppler), eletrofisiológicos: **60 (sessenta) dias**;
VII - quimioterapia, radioterapia e hemodiálise: **180 (cento e oitenta) dias**;
VIII - novos procedimentos incluídos em eventuais atualizações do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial determinado pela ANS: **180 (cento e oitenta) dias**.
§ 1º. As mensalidades contratuais são devidas pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** desde a assinatura do contrato, sem embargo do período de carência.
§ 2º. Os prazos de carência estabelecidos neste contrato não sobrepõem o prazo da cobertura parcial temporária, de vinte e quatro meses, decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.

Cláusula 56. Anualmente, em cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários, sem o cumprimento dos prazos de carência, desde que:
I - O beneficiário tenha se vinculado à **CONTRATANTE**, após o transcurso de 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato; e
II - A proposta de adesão seja formalizada em até 30 (trinta) da data de aniversário do contrato.
Parágrafo único. Após o transcurso dos prazos previstos nesta cláusula, a **CONTRATADA** poderá exigir o cumprimento integral dos prazos de carência contratualmente previstos, estabelecendo que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

XXII. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Cláusula 57. É dever preliminar do PRÉ-CONTRATANTE e dos beneficiários civilmente capazes que pretenda incluir no contrato, informar sobre as doenças ou lesões à saúde preexistentes à assinatura do presente contrato de que sejam portadores os beneficiários a serem inscritos, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.
§ 1º. A informação solicitada será preenchida na conformidade do anexo "Formulário de Declaração de Saúde", integrante do presente contrato.
§ 2º. A informação errônea, dolosamente fornecida ou omitida, da condição sabida de doença ou lesão preexistente implicará, após o devido julgamento pela ANS, a suspensão do atendimento e denúncia contratual por fraude, nos termos da cláusula de rescisão deste contrato.
§ 3º. Constatada de qualquer forma, pela **CONTRATADA**, a existência de doença ou lesão preexistentes à proposta de contratação, ou por entrevista, mediante declaração expressa do beneficiário no "Formulário de Declaração de Saúde", será oferecida a cobertura parcial temporária.
§ 4º. Doenças e lesões preexistentes são aquelas de que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei n. 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas pela ANS.
§ 5º. Entende-se como cobertura parcial temporária aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.
§ 6º. No caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz, a declaração de saúde deverá ser preenchida e assinada pelo seu representante legal.

Cláusula 58. O **PRÉ-CONTRATANTE**, ao preencher a declaração de saúde, formulário com objetivo de averiguação da existência ou não de doença ou lesão anterior à contratação, optará pelas seguintes hipóteses:
I - sem orientação de médico;
II - com orientação de um médico assistente da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário; ou
III - com assistência de um médico de sua indicação, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.
§ 1 º. Caso o beneficiário do **PRÉ-CONTRATANTE** opte pela hipótese prevista no inciso II acima, estará igualmente concordando com a efetivação de perícias e exames que o médico assistente escolhido entenda necessário realizar para a elaboração do formulário.
§ 2 º. Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário.

Cláusula 59. Constatada, de qualquer forma, a existência de doença ou lesão preexistente à proposta de contratação, os beneficiários não terão direito, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de assinatura deste

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

contrato ou de posterior inclusão, à utilização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade decorrente da doença ou lesão preexistente, ressalvado o disposto no capítulo de urgência e emergência e as alternativas constantes do § 1º (parágrafo primeiro) desta cláusula.
§ 1º. Alternativamente, a **CONTRATADA** poderá oferecer à **CONTRATANTE** a possibilidade de firmar um contrato adicional, denominado "Agravo", que implique a cobertura da doença ou lesão preexistente, mediante orçamento específico, que levará em conta as condições pessoais do beneficiário, ou poderá ainda, mediante termo específico, diminuir, para determinadas moléstias, o prazo previsto no "caput" desta cláusula.
§ 2º. Entende-se como "Agravo" qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre operadora e beneficiários.

Cláusula 60. Constatada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada por ocasião da contratação do plano, o beneficiário terá de ser informado imediatamente pela **CONTRATADA.**

Cláusula 61. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, nos casos de doença ou lesão preexistente, até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor.
Parágrafo único. Após o julgamento, e uma vez acolhida a alegação da operadora pela ANS, o consumidor passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação ao beneficiário.

Cláusula 62. Quando o número de inscritos, na data da contratação, for igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesões pré-existentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

XXIII. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 63. Definem-se por emergência casos que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente, e definem-se como urgência os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Cláusula 64. No caso de o beneficiário necessitar de assistência de urgência ou emergência, durante o período em que estiver cumprindo carência contratualmente prevista, a **CONTRATADA** estará obrigada a prestar atendimento ambulatorial exclusivamente nas 12 (doze) primeiras horas ou até que fique caracterizada a necessidade de internação hospitalar, conforme a hipótese que

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

ocorrer primeiro, a partir do que a responsabilidade financeira passará a ser do **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à operadora.

Cláusula 65. O atendimento de urgência e emergência do beneficiário será realizado nos serviços de pronto-atendimento ou nos serviços de urgência hospitalar e ambulatorial, próprios ou credenciados da **CONTRATADA**, constantes no "Guia Médico".

Cláusula 66. É garantido o reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, desde que incluídos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS.
§ 1º. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:
I - relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados e data do atendimento;
II - conta com discriminação dos materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do local que realizou o atendimento;
III - recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
IV - comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
§ 2º. O valor do reembolso, nas urgências e emergências, não será inferior ao praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.
§ 3º. O prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos para reembolso é de 1 (um) ano a contar da data do atendimento de urgência e emergência.

XXIV. **REMOÇÃO**

Cláusula 67. É assegurada a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.
§ 1º. Caberá remoção quando, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, for caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.
§ 2º. Caberá remoção ao SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário estiver cumprindo carência e quando houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a DLP.
§ 3º. Nos casos de remoção para o SUS, cessa a obrigação da **CONTRATADA,** e, se o paciente não tiver condições de ser removido, por risco de vida, o

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA** deste ônus.
§ 4º. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no parágrafo anterior, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Cláusula 68. Na hipótese do beneficiário não ter direito à manutenção da cobertura contratual para a internação hospitalar, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de tais serviços, visando à continuidade do atendimento.
Parágrafo único. No caso de remoção, a **CONTRATADA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

XXV. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 69. A rede de prestadores de serviços será divulgada no Guia Médico, a ser entregue juntamente com este contrato, pelo endereço eletrônico da **CONTRATADA** (www.unimedpoa.com.br) ou por contato telefônico do beneficiário à Central de Atendimento.

Cláusula 70. No caso de utilização de consultas e/ou serviços previstos neste contrato na rede credenciada/referenciada ou própria da **CONTRATADA**, será garantido o atendimento integral das coberturas dos serviços e procedimentos deste contrato, nos seguintes prazos:
I - consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete dias);
II - consultas nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
III - consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
IV - consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
V - consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
VI - consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
VII - consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
VIII - consulta e procedimentos realizados em consultórios/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
IX - serviços de diagnóstico por laboratório de análise clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
X - demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
XI - procedimentos de alta complexidade (PAC): em até 21 (vinte e um) dias úteis;
XII - atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
XIII - atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
XIV - urgência e emergência: imediato.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

§ 1º. Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.
§ 2º. Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos nesta cláusula, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial da CONTRATADA, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.
§ 3º. O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.
§ 4º. Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI desta cláusula são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS.
§ 5º. Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII desta cláusula e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no inciso XI.
§ 6º. Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador no munícipio pertencente à área geográfica de abrangência e a área de atuação previstas nesse contrato, a **CONTRATADA** garante ao beneficiário os atendimentos previstos nessa cláusula, conforme dispõe a Resolução Normativa nº 259 de 2011 da ANS, sendo que essa normativa poderá ser acessada por meio do site: www.ans.gov.br ou poderá ser consultada pela Central de Atendimento Telefônico da **CONTRATADA.**

Cláusula 71. Resolvem as partes estabelecer que na impossibilidade de comparecimento dos beneficiários na(s) consulta(s) agendadas para serem realizadas no(s) Núcleo de Atendimento do Unifácil, estes deverão comunicar à CONTRATADA com até 24 horas de antecedência do horário da consulta, através da Central de Agendamento Unifácil, telefone 4020.3113, do Agendamento online, site agendamento.unimedpoa.com.br ou outros canais disponibilizados para agendamento de consultas.
Parágrafo único. Na hipótese de não ser comunicada a ausência na consulta, no prazo informado pela **CONTRATADA**, haverá a cobrança do valor de R$ 25,00 (vinte e cinco reais) por consulta agendada e não realizada.

Cláusula 72. A CONTRATADA garante ao beneficiário que a autorização prévia para realização de procedimentos ou o atendimento concedido pelo seu serviço de regulação se dará no prazo máximo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Cláusula 73. Os beneficiários deste contrato agendarão consultas nos Núcleos de Atendimento do Unifácil, constantes do "Guia Médico Unifácil", onde serão atendidos pelos médicos assistentes da CONTRATADA, no horário normal do Núcleo, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento, observadas as exclusões, limitações e regulamentações previstas neste contrato.
Parágrafo único. Caso seja necessário o encaminhamento para médico especialista que não realize atendimento no Núcleo de Atendimento do Unifácil da **CONTRATADA**, essa última realizará a autorização para a sua rede credenciada/referenciada, sendo que todas as solicitações feitas pelos médicos

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

devem ser previamente autorizadas, em qualquer Núcleo Unifácil, que indicará os prestadores onde o atendimento será realizado.

Cláusula 74. A CONTRATADA cobrará o valor correspondente as coparticipações, conforme previsto no capítulo "PAGAMENTO DE MENSALIDADE".

Cláusula 75. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste contrato será dado sem apresentação do cartão de identificação de beneficiário, fornecido e expedido pela **CONTRATADA** para os beneficiários contratuais, acompanhado de cédula de identidade desses ou, em relação aos últimos, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares.
§ 1º. O cartão de identificação é documento pessoal e intransferível do beneficiário, devendo conter, destacadamente, seu período de validade.
§ 2º. A utilização do cartão de identificação por terceiros por imprudência ou negligência do beneficiário tornará a **CONTRATANTE** responsável pelas despesas indevidamente efetuadas, entre elas as despesas administrativas da **CONTRATADA**, salvo se ficar caracterizado que não tenha contribuído de nenhuma forma para a utilização indevida e, no caso de ficar caracterizada a culpa, será responsável pelo pagamento de multa de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor das despesas.
§ 3º. A **CONTRATANTE**, no caso de extravio, furto ou roubo do cartão de identificação, para obtenção de 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas de extração de outra via, já estipuladas no valor vigente à época, no equivalente a 50% (cinquenta por cento) de uma despesa de inscrição, considerando o disposto no parágrafo imediatamente anterior.
§ 4º. A responsabilidade da **CONTRATANTE**, caso não comunique a ocorrência do fato à **CONTRATADA**, somente cessará ao final do prazo de validade do cartão de identificação extraviado.

Cláusula 76. Havendo divergência médica que gere impasse entre as partes serão utilizados os critérios da junta médica, nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n. 8/98, qual seja, a **CONTRATADA** garantirá a definição por intermédio de junta médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA.**

Cláusula 77. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA.**

Cláusula 78. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao **CONTRATANTE** e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
§ 1º. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o "caput" desta cláusula ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de atendimento ambulatorial do beneficiário, a **CONTRATADA** obriga-se a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente.
§ 2º. Excetuam-se do previsto no § 1º (parágrafo primeiro) os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de atendimento ambulatorial do beneficiário, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o **CONTRATANTE.**
§ 3º. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a **CONTRATADA** deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

Cláusula 79. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de substituir qualquer estabelecimento ambulatorial credenciado/referenciado, por outro equivalente.
§ 1º. Durante o período de aviso-prévio, continuará sendo utilizado o estabelecimento a ser desligado, sem qualquer prejuízo para o beneficiário.
§ 2º. Faculta-se ao **CONTRATANTE** rescindir o contrato, mesmo na vigência de prazo determinado, caso se entenda prejudicada com a substituição.

Cláusula 80. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de adotar mecanismos de regulação do uso adequado às evidências médicas dos serviços previstos, contanto que não impliquem redução dos direitos conferidos ao **CONTRATANTE** e seus beneficiários, devendo ser previamente informados a esses, caso impliquem a necessidade de sua colaboração.

Cláusula 81. O **CONTRATANTE** autoriza a **CONTRATADA** a utilizar-se das informações decorrentes da execução dos serviços contratuais prestados aos beneficiários da primeira, em formulário eletrônico, para fins exclusivos de estatística e execução de campanhas de prevenção de doenças.

Cláusula 82. Os beneficiários deste contrato agendarão os procedimentos de oncologia ambulatorial diretamente com a **CONTRATADA**, exclusivamente, através da Central de Atendimento Telefônico ou presencialmente nas unidades próprias de atendimento da Unimed Porto Alegre, elencadas no Guia Médico, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento, observadas as exclusões, limitações e regulamentações previstas neste contrato.
Parágrafo único. Caso seja necessário o encaminhamento do atendimento para a rede credenciada/referenciada, a Central de Atendimento Telefônico ou o atendimento presencial nas unidades próprias de atendimento da Unimed Porto Alegre, realizarão a autorização e o direcionamento para a sua rede credenciada/referenciada.

XXVI. BÔNUS - DESCONTOS

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Cláusula 83. O valor básico tal como previsto no "caput" da cláusula de pagamento, será fixado em conformidade com o número de beneficiários titulares e beneficiários dependentes inscritos, nos termos previstos nas faixas abaixo:
I - faixa um: de, no mínimo, 3 (três) a 49 (quarenta e nove) beneficiários, inclusive, valor da mensalidade básica conforme o caput da cláusula de pagamento;
II - faixa dois: de 50 (cinquenta) ou mais usuários, valor da mensalidade básica correspondente a prevista no caput da cláusula de pagamento, deduzindo-se o percentual de 10% (dez por cento).
Parágrafo único. É vedada a concessão de descontos ou vantagens, especificamente delimitados em prazos contratuais, em função de idade do beneficiário ou ainda que estimulem a redução da utilização dos serviços.

XXVII. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Cláusula 84. Assegura-se ao beneficiário titular, participante do custeio da mensalidade prevista no presente contrato, e nele regularmente inscrito, se dispensado do emprego, por iniciativa do empregador, sem justa causa, desde que assuma o custeio integral da mensalidade, o direito de manter todas as condições previstas neste instrumento, conforme reguladas nos parágrafos desta cláusula:
§ 1º. O prazo de manutenção deste direito será equivalente a 1/3 (um terço) do prazo de inscrição do beneficiário no plano, respeitado o limite mínimo de 6 (seis) e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contado beneficiário por beneficiário observado o previsto no parágrafo subsequente, sendo sempre contado a partir da data comprovada do desligamento do beneficiário, em virtude da demissão.
§ 2º. O direito aqui previsto é extensivo aos beneficiários dependentes do beneficiário titular, regularmente inscritos no contrato, quando da despedida do último, ressalvada a possibilidade de inclusão apenas de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.
§ 3º. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no custeio da mensalidade do plano de assistência a saúde.
§ 4º. O falecimento do beneficiário titular não prejudicará o direito assegurado aos beneficiários dependentes, regularmente inscritos.
§ 5º. O beneficiário terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da comunicação inequívoca da **CONTRATANTE** ao ex-empregado, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, para manifestar, de forma expressa e escrita, seu interesse no benefício de manutenção.
§ 6º. Sem prejuízo do disposto acima, reserva-se a **CONTRATADA**, ao direito de cobrar as mensalidades que decorrerem da data de comunicação do desligamento do beneficiário, em virtude da demissão, até a data em que o mesmo pleitear, diretamente, junto a ela, o exercício do direito, como condição para sua concessão.
§ 7º. No caso de contratação sucessiva de mais de uma operadora, os períodos de contribuição do ex-empregado com as várias operadoras serão considerados.
§ 8º. A contribuição do empregado para planos de saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

empresas submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada para o cálculo do tempo de permanência na condição de inativo.

Cláusula 85. Assegura-se ao beneficiário titular participante do custeio da mensalidade prevista no presente contrato e nele regularmente inscrito, quando aposentado e extinto o contrato de trabalho em decorrência da aposentadoria, o direito de manter todas as condições previstas neste instrumento, nos termos regulados nos parágrafos desta cláusula:
§ 1º. O prazo de manutenção deste direito será permanente, caso a inclusão no presente contrato, por parte do beneficiário titular, haja sido por período não inferior a 10 (dez) anos e, em casos de período menor, de 1 (um) ano, por ano de contribuição, na forma prevista no cabeçalho desta cláusula, sendo contado beneficiário por beneficiário, observado o previsto no parágrafo subsequente, sendo sempre computado a partir da data comprovada do desligamento do beneficiário, em virtude da aposentadoria.
§ 2º. Aplicam-se para o benefício de manutenção do aposentado, todas as condições estabelecidas para o benefício do demitido, previstas nas cláusulas acima.

Cláusula 86. A **CONTRATANTE** deverá informar os beneficiários sobre os direitos previstos neste capítulo, no ato da comunicação do aviso prévio ou quando da comunicação da aposentadoria, competindo a esta a comprovação da comunicação da opção de manutenção da condição de beneficiário.
§ 1º. Caberá a **CONTRATANTE** apresentar ao beneficiário ex-empregado ou aposentado a tabela de preços por faixa etária, vigente na época da contratação, a ser adotada quando da manutenção do benefício.
§ 2º. A tabela de preços por faixa etária será disponibilizada pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** no portal corporativo e ficará a disposição para consulta dos beneficiários.

Cláusula 87. Extinguem-se os benefícios, previstos neste capítulo, na ocorrência de quaisquer das hipóteses abaixo:
I - pelo decurso dos prazos previstos neste capítulo;
II - pela comprovação de que o beneficiário titular foi admitido em novo emprego, sendo este entendido como aquele que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, **ou** estejam inadimplentes com suas mensalidades por período superior a 60 dias, desde que notificados pela **CONTRATADA** até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.
III - pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pela **CONTRATANTE**.

Cláusula 88. Conforme dispõe o artigo 11, da RN nº 279/2011 da ANS, a **CONTRATADA** somente analisará a solicitação de exclusão do beneficiário titular do plano de assistência à saúde, quando a **CONTRATANTE** enviar, de forma expressa e escrita as seguintes declarações:
I - o motivo da extinção do contrato de trabalho do beneficiário;

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

II - se o beneficiário era aposentado e continuou trabalhando na mesma empresa;
III - se o empregado contribuiu para o plano;
IV - por quanto tempo o beneficiário contribuiu, considerando, se houver, os períodos decorrentes da contratação sucessiva pela CONTRATANTE de planos com quaisquer operadoras e que tenham sido celebrados após 1º de Janeiro de 1999 ou que tenham sido adaptados à lei 9.656/98;
V - se o beneficiário optou pela manutenção do plano ou se recusou a manter essa condição.
Parágrafo único. Enquanto não forem prestadas as informações formais requeridas nesta cláusula, o beneficiário titular permanecerá na condição de vinculo empregatício ativo.

Cláusula 89. A **CONTRATADA** garantirá a disponibilidade de plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento do plano coletivo, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

Cláusula 90. Nos termos do §4º (parágrafo quarto), do art. 31 da Lei n. 9.656/98, o direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos beneficiários decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Cláusula 91. Nos planos custeados integralmente pela empresa **CONTRATANTE** não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização de serviços de assistência médica.

XXVIII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula 92. Caberá tão somente ao **CONTRATANTE** solicitar a exclusão de beneficiários, sendo possível que a **CONTRATADA** exclua a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do primeiro, nas hipóteses de fraude ou perda dos vínculos do titular com o **CONTRATANTE**, ou de dependência conforme previsto neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/98.
§ 1º. O beneficiário titular poderá solicitar à **CONTRATANTE,** por qualquer meio, a sua exclusão ou a de seu dependente de contrato de plano de saúde coletivo.
§ 2º. A **CONTRATANTE** deverá cientificar a **CONTRATADA** em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.
§ 3º. Expirado o prazo disposto no parágrafo anterior sem que a **CONTRATANTE** tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à **CONTRATADA,** o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à **CONTRATADA.**

Cláusula 93. As condições para a perda da qualidade de beneficiário do plano de saúde contratado que continua vigente são as seguintes:
I - exclusão do beneficiário titular;
II - morte do beneficiário titular ou dependente;
III - casamento de filho(a) ou enteado(a) menor de 18 (dezoito) anos;

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

IV - filho(a) ou enteado(a) que completou 18 (dezoito)anos;
V - filho(a) ou enteado(a) com idade entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) anos, por perda da condição de estudante;
VI - filho(a) ou enteado(a) estudante com idade igual a ou maior que 24 (vinte e quatro) anos;
VII - extinção da relação de união estável ou de sociedade conjugal;
VIII - não comprovação, quando exigida, do vínculo de dependência econômica.
§ 1º. O **CONTRATANTE** obriga-se a recolher os cartões de identificação expedidos pela **CONTRATADA**, na hipótese de exclusão dos beneficiários, ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo, até a entrega desses para a primeira, pelos custos operacionais decorrentes dos atendimentos fornecidos em virtude da sua utilização durante seu prazo de validade (valores desembolsados pela **CONTRATADA**).
§ 2º. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano assistencial, inclusive nos casos de urgência e emergência, correrão exclusivamente por conta do **CONTRATANTE.**
§ 3º. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano assistencial, são de responsabilidade do **CONTRATANTE.**

Cláusula 94. A comprovação de fraude contratual, por parte dos beneficiários, no sentido de tentar obter ou manter prestação de serviços de assistência à saúde, sem que a mesma seja estritamente necessária à reversão da fase aguda da patologia, implicará na rescisão contratual, nos termos determinados pela ANS, sem prejuízo das perdas e danos cabíveis no caso.

XXIX. RESCISÃO/SUSPENSÃO

Cláusula 95. Rescinde-se o contrato de pleno direito, por parte do **CONTRATANTE**, no caso de haver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, por parte da **CONTRATADA**, desde que a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los no prazo máximo de 30 (trinta) dias, indenizando eventuais e comprovados prejuízos.
Parágrafo único. Na hipótese prevista nesta cláusula, caberá à **CONTRATADA** indenizar o **CONTRATANTE** das despesas diretamente relacionadas com os prejuízos decorrentes da sonegação dos serviços.

Cláusula 96. Rescinde-se o contrato, de pleno direito, em favor da **CONTRATADA**, no caso de fraude, omissão dolosa de obrigações contratuais e inadimplemento de valores contratualmente devidos pelo **CONTRATANTE**, por período de 60 (sessenta) dias, por ano de contrato, consecutivos ou não desde que a última, notificada do fato, não venha a atualizar, completamente, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Parágrafo único. Na hipótese de rescisão prevista nesta cláusula, caberá ao **CONTRATANTE** indenizar a **CONTRATADA** dos valores em débito.

Cláusula 97. Caso o **CONTRATANTE** atrase o pagamento de quaisquer das contraprestações pecuniárias por um período superior a 20 (vinte) dias, notificado do fato, não venha a atualizar as mensalidades devidas, a cobertura será suspensa para todos os beneficiários vinculados neste contrato a partir do 21º (vigésimo-primeiro) dia de inadimplência até que sejam quitados os valores devidos, estes acrescidos dos encargos de mora pactuados.
Parágrafo único. Fica estabelecido desde já que a **CONTRATADA** não se responsabilizará por notificações encaminhadas a endereços desatualizados da **CONTRATANTE**, sendo dever e responsabilidade da **CONTRATANTE** informar a **CONTRATADA** sempre que houver mudança de endereço.

Cláusula 98. O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período inicial de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Cláusula 99. Na hipótese de qualquer uma das partes rescindirem o presente contrato antes do prazo mínimo de 1 (um) ano, a parte que motivar a rescisão pagará à outra multa rescisória estabelecida em 50% (cinquenta por cento) do total das mensalidades restantes para se completar os 12 (doze) meses de vigência do presente contrato.
+

Cláusula 100. Os direitos decorrentes deste contrato são exclusivamente aqueles nele previstos, estando fora de cobertura contratual todos aqueles que nele expressamente não se contenham, convencionando as partes contratantes que qualquer reclamação, decorrente do presente instrumento, somente será feita pela parte reclamante à outra, não competindo aos beneficiários qualquer exigência de alteração de cláusula contratual, salvo existindo autorização expressa, após devida concordância da ANS, da parte estipulante ao beneficiário, para que formule, diretamente à outra parte, a reivindicação.

Cláusula 101. A CONTRATADA respeita a privacidade do CONTRATANTE e de seus beneficiários e declara implementar todos os meios técnicos disponíveis para assegurar a proteção e segurança de seus dados pessoais. A CONTRATADA realizará o tratamento de dados do CONTRATANTE e de seus beneficiários de acordo com os fundamentos legais previstos em lei e, nas hipóteses em que a obtenção do consentimento for necessária, este será devidamente coletado.

Cláusula 102. Informações sobre o tratamento de dados pessoais realizados pela CONTRATADA e sobre a sua Política Geral de Privacidade podem ser encontradas no site https://www.unimedpoa.com.br/politica-privacidade ou através do envio de e-mail para o endereço lgpd@unimedpoa.com.br.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Cláusula 103. As disposições a seguir aplicam-se somente se você está vinculado em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão junto a Unimed Porto Alegre:

Cláusula 104. Considerando a natureza do plano coletivo ora contratado, ambas as partes reconhecem que serão realizadas inúmeras operações de tratamento de dados, inclusive de dados sensíveis, sendo necessário assegurar que o tratamento destes dados esteja alinhado com as exigências legais e com as melhores práticas de proteção de dados.

Cláusula 105. O presente Contrato está inteiramente submetido à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), obrigando-se as partes a observar todos os seus termos e condições, e devendo, em especial:
1. Possuir estrutura operante para recepcionar e atender, de forma adequada, petições e/ou comunicações dos titulares de dados pessoais, nas quais seja exigido o cumprimento a qualquer dos direitos previstos na LGPD;
2. Guardar registro de todas as operações de tratamento de dados efetuadas em razão do cumprimento deste Contrato, e compartilhá-las com a outra parte, de forma estruturada, em 48h após a solicitação, ou sempre que for necessário para cumprir a LGPD;
3. Adotar as medidas técnicas e organizacionais adequadas para garantir a segurança e a confidencialidade dos dados pessoais tratados, de acordo com as melhores práticas de tecnologia e segurança da informação.

Cláusula 106. Caso ocorra um incidente envolvendo dados pessoais, as partes obrigam-se a:
1. Notificar a outra no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após ter ciência do mesmo, descrevendo, pelo menos, (i) a natureza dos dados pessoais afetados; (ii) as informações sobre os titulares envolvidos; (iii) as medidas técnicas e de segurança utilizadas para a proteção dos dados, observados os segredos comercial e industrial; (iv) os riscos relacionados ao incidente; os motivos da demora, no caso de a comunicação não ter sido imediata; e (v) as medidas que foram ou que serão adotadas para reverter ou mitigar os efeitos do prejuízo;
2. Disponibilizar pessoal habilitado a empreender todos os esforços necessários para remediar o incidente, de forma previamente alinhada.

Cláusula 107. A CONTRATANTE declara que:
1. <u>Coletará junto aos beneficiários</u> do plano coletivo seu consentimento expresso, para fins de autorizar a CONTRATADA a fazer o reporte de informações de utilização do plano pelos beneficiários para a CONTRATANTE, <u>devendo observar, obrigatoriamente, as previsões do Termo modelo abaixo detalhado:</u>

TERMO DE ADESÃO - PLANOS EMPRESARIAIS

Considerando a natureza do benefício do plano de saúde ora aderido, você, colaborador, reconhece que serão realizadas inúmeras operações de tratamento de dados, inclusive de dados sensíveis relacionados a sua saúde como é o caso do

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

histórico de utilização do plano, incluindo descrição do procedimento/insumo usufruído por você e/ou seus(s) dependente(s), bem como nome e especialidade do prestador responsável pelo serviço.
Você AUTORIZA que a (Inserir o nome da empresa contratante do plano empresarial) realize o tratamento dos dados pessoais acima indicados referentes a você e ao(s) beneficiário(a) indicados por você, os quais serão compartilhados pela Unimed Porto Alegre, para fins de:
( ) gerir o plano de saúde empresarial ao qual você está aderindo, incluindo conferência da fatura para desconto em folha de pagamento, bem como análise de custos;
( ) gestão da sua saúde, para permitir intervenções imediatas de assistência e acompanhamento social com a sua família e beneficiário em assistência;
( ) acompanhar sua evolução clínica e tratamento dispendido pela Unimed Porto Alegre na execução do plano de saúde, para que nossa medicina corporativa possa acompanhar a evolução do seu quadro clínico durante seu período de internação.
Você também declara, de forma livre, informada e inequívoca, que:
¿ É representante legal do(s) menor(es) indicados acima:
¿ Possui conhecimento acerca da necessidade do tratamento dos dados pessoais do(s) beneficiário(s) indicados para fins de gestão do plano de saúde, nos termos indicados acima.
A (Inserir o nome da empresa contratante do plano empresarial) manterá os seus dados pessoais enquanto forem necessários para a execução da finalidade acima, de acordo com a legislação aplicável, e/ou até que você revogue este consentimento. Seus dados médicos serão exclusividades tratados por médicos da (Inserir o nome da empresa contratante do plano empresarial), sendo respeitada o sigilo entre médico e paciente

Assinatura do colaborador

Nome do colaborador e dependentes

2. Possui meios de comprovar a obtenção de consentimento junto aos beneficiários sempre que requisitado pela CONTRATADA.

Cláusula 108. Integram o presente contrato:
I - Manual de Orientação (Anexo I);
II - Carta de Orientação ao Beneficiário com Declaração de Saúde;
III - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
IV - Guia de Leitura Contratual (GLC);
V ¿ Declaração de oferta do Plano Referência.
Parágrafo único. O CONTRATANTE ou qualquer beneficiário poderá obter cópia adicional do presente contrato e de seus elementos integrantes, junto à **CONTRATADA**, contanto que pague as despesas de reprodução.

Cláusula 109. O CONTRATANTE aceita, desde já, a substituição e o recebimento dos documentos previstos neste contrato por via de arquivos especiais (digitalizados), como se originais fossem, para todos os efeitos.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Cláusula 110. A CONTRATADA declara que está comprometida com a ética nas relações mantidas com entidades públicas, fornecedores e demais parceiros de negócios, e que conduz seus negócios sempre em cumprimento de todas as leis, em especial a Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013), para assegurar a integridade de suas relações.

Cláusula 111. O CONTRATANTE declara que se compromete com a utilização dos serviços contratados de forma ética e com integridade.

Cláusula 112. A CONTRATADA declara que orienta suas ações junto ao CONTRATANTE e seus beneficiários pela ética, pela integridade e pela excelência no cuidado, respeitando e fortalecendo as diretrizes e os valores estabelecidos em seu Código de Ética e de Conduta, que pode ser acessado no site https://www.unimedpoa.com.br/a-unimed/unimed-porto-alegre/codigo-de-conduta. Qualquer violação ao Código de Ética e de Conduta pode ser reportada ao Canal de Ética e de Conduta, disponível na mesma página.

XXX. ELEIÇÃO DE FORO

Cláusula 113. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do **CONTRATANTE** para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

XXXI. ENCERRAMENTO

E, por estarem assim acertados, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e conteúdo, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentais, ficando 1 (uma) via para cada parte.
Porto Alegre, _____ de_____17/03/2023_____ de _____.

LEANDRO BATISTA FIRME
SUPERINTENDENTE EXECUTIVO
CONTRATADA

ROSANGELA SILVEIRA DÁVILA
DIRETORA DE RELAÇÕES COM O MERCADO
CONTRATADA

DocuSigned by:
JAIRO ALFREDO GENZ BOLTER
5551C19E6C5943F...

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

_____
Nome:
CPF:

_____
Nome:
CPF:

+

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Manual de Orientação

Previamente à assinatura do contrato, ou mesmo autorização para encaminhamento de qualquer proposta contratual, é importante o conhecimento de alguns conceitos.

A leitura do contrato, por mais cansativa que seja, deve anteceder qualquer ato do **CONTRATANTE** com vista a assiná-lo. Qualquer conselho em sentido contrário é expressamente desautorizado pela **CONTRATADA**.

Todos os serviços de saúde que estão fora da cobertura encontram-se previstos, destacadamente, no corpo do contrato. Ler os pontos destacados é de máxima importância.

É fundamental o conhecimento exato da contraprestação (preço) a ser paga pelos serviços contratuais. Neste sentido, as cláusulas referentes a preços devem ser lidas e relidas com todo o cuidado e atenção.

As dúvidas devem ser esclarecidas, junto aos representantes da **CONTRATADA**, antes da contratação.

Uma vez assinado o contrato, se o **CONTRATANTE** quiser arrepender-se, terá 07 (sete) dias para isso, desde que não tenha usufruído dos serviços previstos nele.

O sentido de colaboração, num contrato desta natureza, é recíproco, devendo, pois, servir como princípio para ambas as partes.

Muitos dos termos contratuais são técnicos. Para compreendê-los, a **CONTRATADA** organizou, logo a seguir, um vocabulário básico e sua explicação. Toda vez que uma palavra prevista no vocabulário for utilizada no contrato, o sentido válido é o que consta na explicação daquele.

1. **acidente pessoal:** evento exclusivo, externo e involuntário, causador de lesões ou doenças.
2. **acomodação de internação hospitalar:** coletiva - com até 04 (quatro) leitos; individual - com leito individual.
3. **agrupamento de contratos:** medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.
4. **AIH:** sigla que identifica a autorização de internação hospitalar, documento, fornecido pela **CONTRATADA**, que é o único capaz de habilitar o beneficiário a obter o custeio, pela primeira, das despesas hospitalares que o último contrair.
5. **ambulatório:** consultório ou outro local de atendimento médico, preferencialmente o consultório médico, sem ser necessariamente este, no qual são dispensados cuidados à saúde sem a necessidade de internação hospitalar.
6. **atenção primária à saúde:** atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos.
7. **beneficiário dependente:** os beneficiários inscritos pelo **CONTRATANTE** que não sejam o próprio **CONTRATANTE**, dependentes econômicos do beneficiário titular.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

8. **beneficiário titular:** o próprio **CONTRATANTE** quando incluir-se como beneficiário da estipulação contratual.
9. **beneficiário**: todo aquele que, inscrito pelo **CONTRATANTE** e aceito pela **CONTRATADA**, é destinatário dos serviços contratados pela primeiro e comprometidos pela última: todo aquele regularmente inscrito pelo **CONTRATANTE** e aceito pela **CONTRATADA**, para fins de usufruir os serviços contratualmente prometidos pela última à primeira.
10. **carência:** período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a obrigatoriedade do pagamento por parte do **CONTRATANTE** e limitação, total ou parcial, nos termos do contrato, de prestações por parte da **CONTRATADA**.
11. **CBPHM:** A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (TUSS) é o ordenamento dos métodos e procedimentos existentes tanto no campo terapêutico quanto no diagnóstico. Estabelece portes de acordo com a complexidade, tecnologia e técnicas envolvidas em cada ato.
12. **coberturas:** conjunto dos serviços contratualmente previstos.
13. **contratada:** exclusivamente a UNIMED PORTO ALEGRE, cujos representantes assinam o presente contrato.
14. **contratante:** a pessoa física ou jurídica que contrata as coberturas e assume a responsabilidade pela contraprestação prevista neste contrato, em seu nome e no dos beneficiários que inscreva.
15. **contrato agregado ao agrupamento:** contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora.
16. **coparticipação:** pagamento parcial de despesas com serviços contratuais, conforme os limites percentuais previstos no contrato e os valores quantificados na tabela da **CONTRATADA**, pagos além da mensalidade contratual, realizado pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, em contraprestação complementar a serviço especificado no contrato.
17. **custo operacional**: despesas efetivamente realizadas pelos beneficiários do **CONTRATANTE** para pagamento, junto a prestadores, de serviços contratuais.
18. **despesas com acompanhante:** diária, compreendendo pernoite e alimentação, conforme rotina do nosocômio, obedecida a classe de internação hospitalar em que estiver incluído o beneficiário.
19. **doença ou lesão preexistente:** mal físico ou psíquico existente anteriormente à data da firmatura do contrato, de conhecimento por parte do beneficiário no momento de sua inclusão no contrato, em virtude da aceitação da **CONTRATADA**.
20. **emergência:** situações de saúde que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os beneficiários, conforme declaração inequívoca de médico assistente.
21. **foro:** sede da repartição judiciária onde pode ser discutido o contrato.
22. **hemodinâmica:** teoria mecânica da circulação do sangue.
23. **hospital-dia psiquiátrico:** recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

24. **internação hospitalar:** procedimento médico e administrativo mediante o qual o beneficiário permanece mais de 12 (doze) horas em estabelecimento hospitalar.

25. **médico assistente da contratada** : profissional da medicina integrante do quadro social da **CONTRATADA** como associado ou integrante do quadro social de outra cooperativa UNIMED.

26. **médico de referência:** é o médico assistente responsável pela visão global do paciente. É dele a responsabilidade pela integralidade do cuidado em saúde, pela coordenação dos cuidados de subespecialistas (quando necessário) e pela promoção e prevenção em saúde.

27. **mensalidade básica:** o valor mensal previsto contratualmente, sem acréscimos percentuais decorrentes da faixa etária, e excluídos os valores de coparticipação ou custo operacional.

28. **núcleo de atendimento:** serviço integrante da estrutura operacional da **CONTRATADA**, sobre o qual recairá o atendimento nos casos de consultas médicas, exames e encaminhamento para atendimento nos demais serviços próprios e/ou credenciados da UNIMED, observadas exclusões, limitações e regulamentações previstas neste contrato.

29. **pequenas cirurgias:** todas as intervenções cirúrgicas que não implicam anestesia geral ou hospitalização.

30. **prazo anual de internação hospitalar:** todo aquele contado, cumulativa ou intercaladamente, no prazo anual do contrato.

31. **prazo anual:** período contado desde a data da assinatura do contrato até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após, e assim sucessivamente.

32. **psicoterapia de crise:** atendimento intensivo, prestado por profissionais da área de saúde mental.

33. **quimioterapia oncológica ambulatorial:** entende-se como quimioterapia oncológica ambulatorial aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

34. **referenciar:** ação da **CONTRATADA** de indicar, ao beneficiário, conforme previsão contratual, prestadores de serviços contratuais, representando uma limitação, contratualmente prevista, na livre escolha do mesmo beneficiário.

35. **rescisão:** hipóteses nas quais uma das partes pode terminar a relação contratual, na forma regulada por este instrumento.

36. **serviço credenciado:** estabelecimento prestador de serviços que, não sendo da propriedade da **CONTRATADA**, é por esta ou por representante dela locado, em nome da(o) **CONTRATANTE**.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

37. **sinistralidade:** previsão teórica ou verificação efetiva do consumo de serviços contratualmente previstos.
38. **suspensão temporária:** período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a limitação parcial, nos termos do contrato, de serviços que integram a cobertura.
39. **triagem:** nos contratos em que é previsto trata-se de ato de seleção a que o beneficiário do **CONTRATANTE** deverá submeter-se, junto ao Núcleo de Atendimento da **CONTRATADA**, para ter acesso a qualquer atendimento previsto neste contrato, inclusive consultas, exames e autorização para internação hospitalar.
40. **urgência:** estado físico ou psíquico decorrente de evento súbito, imprevisto e inesperado, apto a causar danos físicos ou psíquicos inescusáveis ao beneficiário, em virtude de acidentes pessoais ou complicações decorrentes da gestação, conforme declaração inequívoca de médico assistente.

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Módulo de Transporte Aeromédico - Regulamento

I. OBJETO

Cobertura para os serviços de transporte aeromédico, nos estritos termos das cláusulas deste módulo.

II. CLÁUSULAS

Cláusula 01. Aos beneficiários serão prestados serviços de transporte aéreo, precedido de transporte terrestre até o ponto de decolagem da aeronave que realizará o transporte aéreo, acompanhado de atendimento médico durante os trâmites de remoção e dos recursos materiais que se fizerem necessários a tal tipo de atendimento, observadas rigorosamente as condições, limitações e restrições constantes deste regulamento, uma vez cumpridas as obrigações da parte **CONTRATANTE**, igualmente aqui previstas, indispensáveis ao usufruto dos direitos decorrentes do presente instrumento.

Cláusula 02. Os serviços contratuais serão exigíveis, cumpridas, preliminarmente, as seguintes condições:
I - solicitação do médico responsável pelo atendimento do beneficiário, no hospital em que este esteja internado, uma vez enquadrado o último numa das hipóteses previstas na cláusula quinta deste regulamento;
II - providência prévia, por parte dos beneficiários ou seus responsáveis, quanto à escolha e reserva do local de atendimento médico para onde o paciente beneficiário será transportado, cumprindo-lhes executar as diligências que deveriam executar caso de atendimento local se tratasse, nos termos do contrato principal firmado entre as partes;
III - cumprimento, por parte do beneficiário, da carência para a enfermidade que o acomete, prevista no contrato principal em seu nome firmado;

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

IV - pontualidade da **CONTRATANTE** com as obrigações previstas no contrato;
V - enquadramento do beneficiário nas hipóteses da cláusula quinta deste instrumento;
VI - avaliação conclusiva, por parte da equipe responsável pelos cuidados médicos de translado, que não contraindique a realização do transporte, face ao estado de saúde do beneficiário e a sua relação com a distância, o tempo de remoção, a proximidade do recurso tecnicamente mais adequado, o local do destino e, neste, a existência efetiva de reserva hospitalar, bem como a existência de ambulância adequada à remoção do paciente até o nosocômio;
VII - avaliação conclusiva, por parte da equipe responsável pelo transporte aéreo, da existência de adequadas condições de voo, na conformidade das regras e instruções estabelecidas para tráfego aéreo pelo Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica do Brasil.
§ 1º. O médico responsável pelo atendimento, para acionar os serviços de remoção aeromédica, terá necessariamente de ser associado da **CONTRATADA** ou de outra cooperativa médica do tipo UNIMED, aplicando-se, a última hipótese, tão somente nos casos em que o contrato principal preveja atendimentos fora das cidades em que atua diretamente, por intermédio do seu quadro associativo, a **CONTRATADA**.
§ 2º. Excetuam-se das hipóteses previstas no parágrafo primeiro desta cláusula todos os casos nos quais for permitido, pelo contrato básico, o atendimento por médico que não seja associado de cooperativa médica UNIMED.
§ 3º. Na hipótese de ser impossível, tecnicamente, o transporte aéreo, e possível, tecnicamente, o transporte terrestre por ambulância, a **CONTRATADA** prestará, substitutivamente, tais serviços, aos beneficiários da **CONTRATANTE**.
§ 4º. A impossibilidade técnica de que trata este instrumento é aquela decorrente de qualquer fator que torne impraticável, em geral, a aviação, e, especificamente, no momento, o transporte aeromédico, tais como condições meteorológicas desfavoráveis e falta de infraestrutura aeroportuária na origem ou destino, dentre outros.

Cláusula 03. A remoção aérea de que trata o presente contrato limita-se, exclusivamente, ao encaminhamento, de algum ponto do território brasileiro até um local de atendimento médico mais próximo e adequado à continuidade do tratamento recomendado ao beneficiário, contanto que este local esteja compreendido nas cidades onde existe cobertura médica pelo contrato.

Cláusula 04. A entidade que executar os serviços somente será responsável pelo transporte terrestre do beneficiário, da aeronave ao local de atendimento médico e, se for o caso, vice-versa, competindo à **CONTRATANTE** arcar diretamente com as operações de transporte terrestre fora do mesmo limite geográfico.

Cláusula 05. Somente será concedido o translado na hipótese de o beneficiário estar sofrendo de uma das seguintes enfermidades, sem que esteja em coma irreversível, ou sem possibilidades terapêuticas (fase terminal):
I - traumatismo cranioencefálico que necessite de tratamento intensivo;
II - aneurisma cerebral roto que de necessite assistência intensiva;
III - traumatismo de face que necessite de cirurgia de reconstrução;

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

IV - traumatismo ocular grave, com possibilidades de perda de visão;
V - traumatismo raquimedular que necessite de cuidados intensivos;
VI - embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e uso de trombolíticos;
VII - choque cardiogênico que necessite de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) dotada de recursos superiores àquela onde se encontra o beneficiário;
VIII - cirurgia cardíaca, uma vez não havendo quem a realize no local em que for originariamente atendido o beneficiário;
IX - pós-operatório causado por traumatismo ocorrido em hospitais que não possuam recursos adequados;
1X - queimaduras elétricas, térmicas e químicas, com área corpórea afetada maior que 30% (trinta por cento);
XI - angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas, discretas alterações das enzimas e que necessite de comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando, no local onde for originariamente atendido o beneficiário, não houver condições de tal comprovação;
XII - aneurisma dissecante de aorta que necessite de UTI;
XIII - hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão, que necessite de UTI;
XIV - assistência ventilatória, quando esgotado todo o arsenal terapêutico no local onde for originariamente atendido o beneficiário, necessitando este de UTI mais adequada;
XV - insuficiência respiratória aguda que necessite de ventilação mecânica por motivo de instabilidade torácica ou aspiração de conteúdo gástrico;
XVI - pancreatite aguda (critério de Ranon);
XVII - trauma torácico com contusão pulmonar e com alterações hemodinâmicas;
XVIII - asma grave refratária que necessite de ventilação mecânica, no local do atendimento inicial indisponível;
XIX - insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise, no local do atendimento inicial indisponível;
XX - insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
XXI - hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica, em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
XXII - estado de mal epilético que de necessite curarização e ventilação mecânica;
XXIII - assistência em UTI, desde que não seja devida a tumores benignos ou malignos;
XXIV - politraumatismos com fraturas que necessitem de cirurgia, nas quais haja comprometimento de órgãos vitais, quando não haja, no local do atendimento inicial do beneficiário, condições para tal procedimento;
XXV - fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
XXVI - fratura de bacia que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
XXVII - traumas vasculares que necessitem de cirurgia, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

XXVIII - intoxicações agudas que necessitem de UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
XXIX - afogamento involuntário que necessite de assistência ventilatória e UTI;
XXX - amputações traumáticas, com possibilidade de reimplante (respeitado o período de viabilidade cirúrgica);
XXXI - infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo ao tratamento clínico; e
XXXII - picada de animais peçonhentos, com risco de vida, que necessite de atendimento em UTI.
§ 1º. Fica vedado o enquadramento por semelhança, para concessão do translado.
§ 2º. A concessão do translado não significa a responsabilidade pelo atendimento, caso se trate de hipóteses nas quais este é contratualmente excluído, situação na qual cessará toda e qualquer cobertura, uma vez cumprida a remoção.
§ 3º. Em nenhuma hipótese será concedido reembolso de despesas de translado, o qual somente poderá ser realizado, para obtenção da cobertura prevista no presente regulamento, na forma neste discriminada.
§ 4º. A entidade executora dos serviços, nos casos de óbito de transportados, não assumirá qualquer responsabilidade com diligências e custos de translados, funerais e sepultamento.

Cláusula 06. Estão fora de cobertura contratual, em qualquer hipótese, os beneficiários que ponham em risco a integridade física e a saúde dos tripulantes das aeronaves, bem como a própria integridade da aeronave, tais como:
I - portadores de doenças infectocontagiosas;
II - pacientes submetidos a tratamento com material radioativo ainda contaminante;
III - portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo;
IV - pacientes submetidos ou a serem submetidos a atos médicos em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica; e
V - portadores de doenças mentais ou transtornos psicológicos perigosos e violentos.

Cláusula 07. A prestação dos serviços contratados será realizada por entidade indicada pela **CONTRATADA**.

Cláusula 08. As aeronaves que serão colocadas à disposição da **CONTRATANTE** estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte do paciente, não tendo, contudo, qualquer peça para prótese.

Cláusula 09. Nem a **CONTRATADA** nem a entidade responsável pela execução dos serviços de transporte aeromédico têm sobre si o risco da falta de vagas hospitalares, ou da impossibilidade do cumprimento de exigências por parte dos nosocômios para onde podem ser transportados os beneficiários, sempre que elas não estiverem na responsabilidade da primeira, em função do contrato principal.

Cláusula 10. Caberá à entidade que executa os serviços definir o tipo de aeronave que enviará, respeitando suas disponibilidades e condições de

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

aeronavegabilidade, bem como a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas, sempre obedecendo às normas e instruções do Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica.

Cláusula 11. Os serviços contratuais terão prestação contínua, sendo acionados mediante solicitação, devidamente trazida pela Central de Atendimento 24 Horas da entidade que os execute, por parte do médico que estiver prestando o atendimento.

Cláusula 12. A entidade executora dos serviços somente transportará beneficiário cuja solicitação de transporte aeromédico se fez tardiamente, na hipótese em que ele ou seus responsáveis assinem documento exonerando a primeira de qualquer responsabilidade.

Cláusula 13. São igualmente da responsabilidade da **CONTRATANTE** e de seus beneficiários os prejuízos causados pela comunicação, à Central de Atendimento 24 Horas, parcial, equivocada, imprecisa, tendenciosa, pouco clara, com a omissão de fatos e dados relevantes ao quadro clínico ou com demora na providência de itens que condicionam o translado, tais como definidos no presente contrato.

Cláusula 14. Fica a entidade responsável pelo serviço de remoção aeromédica, mediante este instrumento autorizada a executar todo e qualquer ato ou procedimento médico, contanto que seja adequado ao tratamento do beneficiário, quando de seu transporte aeromédico.

Cláusula 15. Fica a entidade que executa os serviços autorizada, em situações decorrentes de piora clínica do beneficiário; de deterioração das condições atmosféricas, de aeronavegabilidade; de defeito da aeronave e de qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, a deslocar o beneficiário ao local mais adequado ao seu atendimento, nas circunstâncias.

Cláusula 16. Em caso de óbito do beneficiário, ocorrido quando sob a responsabilidade médica da prestadora do serviço de transporte aeromédico, a equipe médica assistente encaminhará o falecido ao Serviço de Verificação de Óbito - Instituto Médico Legal, para a expedição do atestado de óbito, sempre que houver motivo que respalde tal ação.

Cláusula 17. São beneficiários do presente módulo opcional aqueles inscritos pela **CONTRATANTE**, igualmente inscritos no contrato de assistência à saúde existente entre as partes.
Parágrafo único. As inclusões ou exclusões de beneficiários obedecerão ao contrato original, no que este prevê e vier a prever a este respeito.

Cláusula 18. Fica estabelecido, para a utilização dos serviços neste contrato convencionados, o prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da efetiva inscrição do beneficiário da **CONTRATANTE** junto à **CONTRATADA**.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Cláusula 19. Termina a concessão dos serviços aqui previstos na mesma forma em que terminar a prestação dos serviços do contrato, em relação a cada beneficiário ou à **CONTRATANTE**.

Cláusula 20. Os direitos aos serviços de transporte aeromédico são exclusivamente aqueles aqui previstos, estando fora de cobertura todos aqueles que nele expressamente não constem.

Cláusula 21. As partes elegem o foro do domicílio do **CONTRATANTE** para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

III. ENCERRAMENTO

E, por estarem assim acertados, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e conteúdo, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentais, ficando 1 (uma) via para cada parte.
Porto Alegre, _____ de 17/03/2023 de _____.

DocuSigned by:
JAIRO ALFREDO GENZ BOLTER
5551C19E6C5943F...

CONTRATANTE

LEANDRO BATISTA FIRME
SUPERINTENDENTE EXECUTIVO
CONTRATADA

ROSANGELA SILVEIRA DÁVILA
DIRETORA DE RELAÇÕES COM O MERCADO
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

_____
Nome:
CPF:

_____
Nome:
CPF:

+

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Operadora: Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica Ltda.
CNPJ: 87.096.616/0001-96
Nº de registro na ANS: 352501
Nº de registro do produto: 462.891.108
Site: unimedpoa.com.br
Telefone:0800 510 4646

Guia de leitura contratual

		Páginas do Contrato
Contratação	Determina se o plano destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
Segmentação Assistencial	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
Área Geográfica de Abrangência e Atuação	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	1
Padrão de Acomodação	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares: pode ser coletivo ou individual.	2
Vigência	Define o período em que vigorará o contrato.	2
Reajuste	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	5
Coberturas e Procedimentos Garantidos	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado pela operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	13
Exclusões de Cobertura	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	16

DocuSign Envelope ID: F4CA41A5-CC76-47A5-A2CB-71CBE7500D51

Carências	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seus contratos e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	18
Doenças e Lesões Preexistentes (DLP)Vigência	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	19
Mecanismos de Regulação	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação) assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	22
Continuidade no plano Coletivo Empresarial (Art. 30 e 31 da Lei N°9.656/1998)	A existêCarência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seus contratos e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP. ncia da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	26
Rescisão/Suspensão	A rescisão põem fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	29

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA COMPLETA DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar | Ministério da Saúde | BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9556
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br