

PROPOSTA CONTRATO N°
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL
AMBULATORIAL - HOSPITALAR - OBSTÉTRICO
NOME COMERCIAL DO PRODUTO: UNI.SERV.PROP.-EMP. - 476.943/16-1

1. CONTRATAÇÃO:

☒ **Novo Contrato** ☐ **Migração** ☐ **Adaptação** ☐ **Portabilidade** ☐ **Alteração de contrato**

2. DADOS DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE CONTRATADA:

2.1. Nome da Operadora: **Unimed Erechim Cooperativa de Serviços de Saúde Ltda.**
2.2. Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas Ministério da Fazenda (CNPJ/MF): **87.638.334.0001-73**
2.3. Registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: **357022**

3. DADOS DA CONTRATANTE:

3.1. Razão Social: **CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DA REGIAO DO ALTO URUGUAI -**
3.2. Nome Fantasia: **CIRAU**
3.3. CNPJ/MF: **11.074.898/0001-69**
3.4. Endereço: **Rua Marechal Floriano, 184**
3.5. Município: **Erechim** Estado: **RS**
3.6. Telefone comercial: **35220468** Telefone celular: **54992264531**
3.7. e-mail: **cirau@cirau.com.br** Contato: **Paulo Sérgio Battisti**

4. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:

4.1. Nome: **PAULO SERGIO BATTISTI**
4.2. Cargo: **Presidente**
4.3. CPF n°: **539.357.300-63** RG n°: **2039682576** Órgão emissor: **SSP**
4.4. Endereço: **Rua Tiradentes, 1101** Bairro: **Centro**
4.5. Município: **Campinas Do Sul** Estado: **RS** CEP: **99660-000**
4.6. Telefone comercial: Telefone celular: **5499264531**
4.7. Nome:
4.8. Cargo:
4.9. CPF n°: RG n°: Órgão emissor:
4.10. Endereço: , Bairro:
4.11. Município: Estado: CEP:
4.12. Telefone comercial: Telefone celular:

5. CARACTERÍSTICAS DO PLANO:

5.1. Tipo de contratação: **COLETIVO EMPRESARIAL.**
5.2. Segmentação assistencial: este plano oferece cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.
5.3. Área geográfica de abrangência: Grupo de Municípios (REGIONAL).
5.4. Área de atuação: Nos seguintes municípios que compõem a área de abrangência geográfica: Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Cacique Doble, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebang, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Machadinho, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Maximiliano de Almeida, Paulo Bento, Paim Filho, Ponte Preta, Quatro Irmãos, São João da Urtiga, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios e Viadutos.

Classificação da informação ☐ Pública ☐ Interna ☒ Restrita ☐ Confidencial



5.5. Padrão de acomodação em Internação: COLETIVA (02 - LEITOS)

5.6. Formação do preço: contrato com preço preestabelecido, com valores fixados com base em cálculos atuariais, pelo método do regime de repartição simples (RRS), que leva em consideração o fator etário como agravante natural de risco.

5.7. Contraprestação pecuniária: Será custeada integralmente pela empresa.

5.8. Coberturas/serviços adicionais: UNIAR - Transporte Aeromédico - ☒ SIM ☐ NÃO

5.9. Coberturas Parcial Temporária: ☒ SIM ☐ NÃO

OBS.: Os exames de análise clínicas serão realizados exclusivamente no **Laboratório da UNIMED ERECHIM**, os tratamentos de fisioterapia exclusivamente na **Clínica de Fisioterapia da UNIMED ERECHIM**, e os exames de imagem serão realizados exclusivamente no **CDI (Centro de Diagnóstico por Imagem) da UNIMED ERECHIM**, ressalvada a hipótese destes serviços não realizarem algum exame, ou atendimento coberto pelo presente contrato. Nestes casos, os beneficiários da **CONTRATANTE**, mediante autorização especial e prévia da **CONTRATADA**, poderão utilizar outro serviço da rede credenciada pela última.

6. CARÊNCIAS / COBERTURAS:

Urgência e Emergência (Pronto Socorro)	24 horas
Consultas e Exames básicos	60 dias
Sessões de nutrição, terapia ocupacional e fonoaudiologia	180 dias
Atendimento ou sessões de acupuntura	180 dias
Exames e Procedimentos especiais	180 dias
Atendimento ambulatorial	180 dias
Psicoterapia de crise	180 dias
Internações clínicas e cirúrgicas	180 dias
Remoções	180 dias
Maternidade	300 dias
Doenças e lesões preexistentes	24 meses

- **Exames básicos:** Exames de Laboratório de Análises Clínicas, Exames Radiológicos simples sem contraste, Eletrocardiograma convencional, Exames citopatológico.
- **Exames especiais:** Demais exames contratualmente previstos.

7. COPARTICIPAÇÕES:

7.1. Conforme **ANEXO I** parte integrante desta.

8. DESPESAS ADMINISTRATIVAS:

8.1. Taxa de administração: 12%.

8.2. Despesas de inscrição e material: 30% (trinta por cento) sobre o valor do plano contratado.

8.3. Taxa de emissão e envio da segunda via de documento de identificação, conforme valores praticados pela operadora.

9. MULTA

9.1. No valor de 20% daquele pago pela **CONTRATADA** para o procedimento, no caso do beneficiário faltar a uma consulta agendada, não a desmarcando com 12 (doze) horas de antecedência, junto ao profissional a ser consultado.

10. DATA DE VENCIMENTO DA FATURA

10.1. As contraprestações pecuniárias terão como data de vencimento o dia **10** de cada mês.

Classificação da informação

☐ Pública

☐ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



11. VALORES E VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

Valores das mensalidades:	
FAIXA ETÁRIA	PREÇO DE VENDA
0 a 18 anos	R\$ 247,74
19 a 23 anos	R\$ 260,13
24 a 28 anos	R\$ 284,90
29 a 33 anos	R\$ 322,07
34 a 38 anos	R\$ 371,61
39 a 43 anos	R\$ 470,71
44 a 48 anos	R\$ 619,36
49 a 53 anos	R\$ 817,55
54 a 58 anos	R\$ 1.077,68
59 anos ou mais	R\$ 1.483,98

Variação das mensalidades por faixa etária:	
FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO P/FAIXA ETÁRIA
1° faixa	0,00%
Da 1° para a 2° faixa	5,00%
Da 2° para a 3° faixa	9,53%
Da 3° para a 4° faixa	13,04%
Da 4° para a 5° faixa	15,38%
Da 5° para a 6° faixa	26,67%
Da 6° para a 7° faixa	31,58%
Da 7° para a 8° faixa	32,00%
Da 8° para a 9° faixa	31,82%
Da 9° para a 10° faixa	37,70%

12. DATA DE INICIO DE VIGÊNCIA (aniversário do contrato): 01 de outubro de 2025.

13. ORIENTAÇÕES FINAIS:

13.1. Os valores acima fixados são válidos para a data da contratação, sendo, após, reajustados conforme as cláusulas do contrato.

13.2. Tendo dúvidas quanto ao contrato e coberturas, entre em contato com a Ouvidoria da **CONTRATADA**, pelo telefone **(54) 3520 6102**.

14. DECLARAÇÃO QUANTO À OFERTA DE PLANO REFERÊNCIA:

14.1. A empresa, **CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI**, CNPJ nº 11.074.898/0001-69, Inscrição Estadual nº , com sede na Rua Marechal Floriano, 184, bairro: Centro, no município de Erechim RS, por seu representante legal interessado(a) na contratação do plano **UNI.SERV.PROP.-EMP. - 476.943/16-1** , declara, que lhe foi ofertada a possibilidade de contratação de um plano referência, denominado **UNIPAMPA** e que embora oferecido pela Unimed Erechim, opta, livremente, pela contratação do plano acima indicado.

Este documento integra o contrato de plano de saúde, não o alterando, nem dispensando sua leitura pela parte **CONTRATANTE**.

Erechim, RS 01 de outubro de 2025.

CONTRATANTE

CONTRATADA

Classificação da informação

☐ Pública

☐ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



**ANEXO I - TABELA DE COPARTICIPAÇÕES
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL
AMBULATORIAL - HOSPITALAR - OBSTÉTRICO**

Procedimentos	Participação	Observação
Consulta	50%	*
Consulta de nutrição, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia	20%	*
Sessão de nutrição, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional	20%	*
Atendimento ou sessão de acupuntura	25%	***
Sessão de Fisioterapia	35%	**
Exame	35%	**
Hemodiálise	10%	***
Quimioterapia	10%	***
Radioterapia	10%	***
Angioplastia	20%	***
Demais Terapias e Imunobiológicos	10%	***
Procedimento Ambulatorial sem Porte Anestésico	50%	**
Procedimento Ambulatorial com Porte Anestésico	1x valor referência	*
Internação e Atendimento Psiquiátrico	50% do custo, após o período de custeio gratuito	***
Internação Clínica	2x valor referência	*
Internação ou Procedimento Cirúrgico	4x valor referência	*
Internação Obstétrica	4x valor referência	*
Internação para Cirurgia de Obesidade Mórbida	20%	***
Remoção terrestre sem acompanhamento médico	½ valor referência p/cada 30 km rodados	*
Remoção terrestre com acompanhamento médico	1 ½ valor referência p/cada 30 km rodados	*

Observação:

* - Calculado sobre o valor da consulta de referência Unimed Erechim.

** - Calculado sobre a tabela de serviços da Unimed Erechim.

*** - Calculado sobre o valor total da internação/procedimentos da Unimed Erechim.

- As coparticipações são reajustadas anualmente no mês de julho, observado, como base, o índice autorizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).
- A Unimed Erechim não trabalha com modalidade de Reembolso.
- As coparticipações das consultas serão pagas nos consultórios dos médicos cooperados, na data da consulta.
- As coparticipações dos exames, atendimentos ambulatoriais, remoções e internações serão pagas na Unimed Erechim, quando da autorização dos mesmos.

Obs.: Quando por motivo de urgência, atendimento fora da área de ação ou outros, não for possível o pagamento das coparticipações nos consultórios ou na Unimed Erechim, a **CONTRATADA** emitirá fatura de cobrança posterior.

VALOR DE REFERÊNCIA DA CONSULTA R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais).

Erechim, RS 01 de outubro de 2025.

CONTRATANTE

CONTRATADA

Classificação da informação

☐ Pública

☐ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL OU ADEÇÃO
CARTILHA DE ORIENTAÇÃO**

Alguns dos termos do presente contrato 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 aquele que consta da explicação do vocabulário.

1. **ANS:** Agência Nacional de Saúde Suplementar, instituída pela Lei nº9. 961, de 28 de janeiro de 2000.
2. **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.
3. **Ambulatório:** consultório ou outro local de atendimento médico, preferencialmente o consultório médico, sem ser necessariamente o consultório médico, no qual são dispensados cuidados à saúde sem a necessidade de internação hospitalar.
4. **Carência:** período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a obrigatoriedade do pagamento por parte da **CONTRATANTE** e limitação, total ou parcial, nos termos do contrato, de prestações por parte da **CONTRATADA**.
5. **Coparticipação:** pagamento parcial de despesas com serviços contratuais, realizados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, conforme os limites percentuais previstos no contrato e os valores quantificados na tabela desta última, além da mensalidade contratual, em contraprestação complementar a serviço especificado no contrato.
6. **Coberturas:** o conjunto dos serviços contratualmente previstos.
7. **CONTRATADA:** exclusivamente a **UNIMED**, cujos representantes assinam o presente contrato.
8. **CONTRATANTE:** a pessoa física que contrata as coberturas e assume a responsabilidade pela contraprestação prevista neste contrato, em seu nome e em nome dos beneficiários que inscreva.
9. **Doença ou lesão pré-existente** - mal físico ou psíquico existente anteriormente à data da assinatura do contrato, de conhecimento por parte do beneficiário, no momento de sua inclusão no contrato, em virtude da aceitação da **CONTRATADA**.

Classificação da informação

☐ Pública

☐ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



10. **Emergência:** situações de saúde que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os beneficiários.
11. **Foro:** sede da repartição judiciária onde pode ser discutido o contrato.
12. **Hemodinâmica:** teoria mecânica da circulação do sangue.
13. **Internação hospitalar:** procedimento médico e administrativo através do qual o beneficiário permanece mais de 12 (doze) horas em estabelecimento hospitalar.
14. **Médico assistente:** profissional da Medicina integrante do quadro social da **CONTRATADA** como associado ou integrante do quadro social de outra cooperativa **UNIMED**.
15. **OPME:** Órteses, próteses e materiais especiais.
16. **RPES:** Rol de procedimentos e eventos em saúde.
17. **Rescisão:** hipóteses nas quais uma das partes pode terminar a relação contratual, na forma no instrumento mesmo regulada.
18. **Sinistralidade:** previsão teórica ou verificação efetiva do consumo de serviços contratualmente previstos.
19. **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.
20. **Beneficiário dependente:** os beneficiários inscritos pelo **CONTRATANTE**, que não sejam o próprio **CONTRATANTE**, dependentes econômicos do beneficiário titular.
21. **Beneficiário titular:** são beneficiários titulares do presente contrato os diretores, empregados e assessores da **CONTRATANTE**.
22. **Beneficiário:** todo aquele que, inscrito pelo **CONTRATANTE** e aceito pela **CONTRATADA**, é destinatário dos serviços contratados pela primeira e comprometidos pela última: todo aquele regularmente inscrito pela parte contratante e aceito pela contratada, para fins de usufruir os serviços contratualmente prometidos pela última à primeira.

Classificação da informação

☐ Pública

☐ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
AMBULATORIAL - HOSPITALAR - OBSTÉTRICO
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL DE SAÚDE
ACOMODAÇÃO COLETIVA (SEMIPRIVATIVA)
GRUPO DE MUNICÍPIOS
PREÇO PREESTABELECIDO**

I. CONTRATANTE E CONTRATADA

CONTRATANTE:

Razão Social: **CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI**
Nome Fantasia: **CIRAU**
CNPJ/MF: **11.074.898/0001-69**
Endereço: **Rua Marechal Floriano, 184**
Município: **Erechim** Estado: **RS**
Representante legal: **PAULO SERGIO BATTISTI**
CPF/MF: **539.357.300-63**
E-mail para contato: **cirau@cirau.com.br**
Telefone para contato: **54992264531**

Inscrição Estadual:
Bairro: **Centro**
CEP: **99700-236**

CONTRATADA:

Razão social: **UNIMED ERECHIM COOPERATIVA DE SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.**
Nome de fantasia: **UNIMED ERECHIM**
Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas: **87.638.334/0001-73**
Registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): **357022**
Classificação na ANS: **Cooperativa Médica.**
Endereço: **Av. Sete de setembro, 2001 - Bairro: Fátima - Erechim/RS**
Representante legal: **Dr. Luiz Felipe Barreneche Leães**
CPF/MF: **397.572.420-04**

II. TIPO DE CONTRATO

Nome comercial e número de registro na ANS: UNI.SERV.PROP.-EMP. - 476.943/16-1

Tipo de contratação: coletiva empresarial.

Segmentação assistencial: cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Área geográfica de abrangência: Grupo de Municípios (REGIONAL)

Área de atuação: Nos termos da legislação vigente, os serviços ora contratados serão prestados nos seguintes municípios que compõem a área de abrangência geográfica: Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Cacique Doble, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebang, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Machadinho, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Maximiliano de Almeida, Paulo Bento, Paim Filho, Ponte Preta, Quatro Irmãos, São João da Urtiga, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios e Viadutos.

Padrão de acomodação em internação: COLETIVA (02 - LEITOS)

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



Formação do preço: contrato com preço preestabelecido, com valores fixados com base em cálculos atuariais, pelo método do regime de repartição simples (RRS), que leva em consideração o fator etário como agravante natural de risco.

Coberturas e serviços adicionais: assistência médica em transporte aeromédico.

III. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

Cláusula primeira: O contrato cobre serviços de assistência médica e hospitalar, genericamente apontados, nos limites qualitativos e quantitativos que são previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (RPES) editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento, para atendimento às doenças previstas no Código Internacional de Doenças (CID-10).

§ 1º Aplica-se a este contrato, que se classifica como de formação bilateral, a Lei nº 9.656 de 1998, a Lei dos Planos de Saúde (LPS), e, subsidiariamente, no que nele e na mesma lei não estiver contido, o Código Civil (CC) e o Código de Defesa do Consumidor (CDC), este exclusivamente no que diz respeito aos serviços prestados pela **CONTRATADA** diretamente aos beneficiários, uma vez que prazos, preços e condições contratuais, inclusive de elegibilidade, são tratados com a parte **CONTRATANTE**, que não é consumidora final dos serviços por ela estipulados.

§ 2º Excetua-se da regra prevista no **cabeçalho desta cláusula** o contrato adicional de assistência em transporte aeromédico, cujo conjunto de obrigações da **CONTRATADA** é o exclusivamente nele contido, com exclusão de qualquer outra cobertura, ainda que análoga ou assemelhada.

§ 3º Os atendimentos que não tiverem cobertura contratual, por exclusão ou limitação de qualquer natureza, poderão ser solicitados à **CONTRATADA** e por ela, a seu critério, se não forem antiéticos, experimentais ou concretamente lesivos ao paciente, fornecidos, mediante responsabilidade da **CONTRATANTE** ou seu beneficiário, a critério daquela, sendo pagos em cobrança separada, emitida contra a **CONTRATANTE**, por custo operacional, com o acréscimo das despesas administrativas da **CONTRATADA**.

§ 4º Aplica-se o disposto no **parágrafo terceiro desta cláusula** aos casos em que o serviço solicitado esteja fora da cobertura e tenha sido fornecido por determinação judicial ou extrajudicial, hipótese na qual a cobrança levará em consideração o custo que a **CONTRATADA** teria caso fornecesse o serviço, segundo suas tabelas próprias.

§ 5º A contratação deste plano, salvo manifestação expressa em sentido contrário, não exclui ou rescinde contratos anteriormente firmados, responsabilizando-se a **CONTRATANTE**, e seus respectivos beneficiários, no cumprimento das obrigações deles decorrentes, que hajam contraído em momento anterior ou posterior ao presente.

IV. ADMISSÃO E PERMANÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS

Cláusula segunda: É beneficiário titular deste contrato o inscrito pela **CONTRATANTE** nesta condição, desde que vinculado a esta última por relação empregatícia ou estatutária.

§ 1º A **CONTRATADA** pode, a qualquer tempo, **exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica CONTRATANTE**.

§ 2º A **CONTRATADA** pode, a qualquer tempo, **exigir e comprovar a condição de elegibilidade do beneficiário titular** e, não existindo ou deixando de existir, determinar a sua exclusão, não implicando, a aceitação inicial, concordância com inclusão em desacordo com as condições de elegibilidade.

§ 3º A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA**, quando e na forma por esta última solicitada, os dados de todos os seus beneficiários titulares, conforme exigido pela ANS, para fins de inclusão no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), observado o disposto neste contrato quanto ao fornecimento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, especialmente de crianças.

Cláusula terceira: Podem ser beneficiários dependentes aqueles inscritos pela **CONTRATANTE**, como

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



dependentes de seus beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, enquadráveis num dos seguintes casos:

- I. a(o) esposa(o) e a(o) companheira(o) da união estável, inclusive de mesmo gênero;
- II. os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos(as), equiparando-se o(a) adotado(a), o(a) enteado(a), o(a) menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o(a) menor tutelado(a); e
- III. os(as) filhos(as) estudantes, até 24 (vinte e quatro) anos, regularmente matriculados em cursos reconhecidos no Brasil, pelo Ministério da Educação, ou realizados no exterior, em estabelecimento oficialmente reconhecido, ficando ao encargo da **CONTRATANTE** a comprovação.

§ 1º A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA**, quando e na forma por esta última solicitada, os dados de todos os seus beneficiários dependentes, conforme exigido pela ANS, para fins de inclusão no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

§ 2º A **CONTRATADA** pode, a qualquer tempo, **exigir e comprovar a condição de elegibilidade do beneficiário dependente** e, não existindo ou deixando de existir, determinar a sua exclusão, não implicando, a aceitação inicial, concordância com inclusão fora da previsão desta cláusula.

§ 3º O recém-nascido terá direito às coberturas contratuais durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência, contanto que incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento, mediante manifestação expressa de vontade da **CONTRATANTE**.

§ 4º O filho adotivo com menos de 12 (doze) anos de idade poderá ser inscrito no plano, situação em que serão aproveitadas as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante titular, ficando isento do cumprimento de carência caso a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

Cláusula quarta: Compete à **CONTRATANTE**, obedecidos os **parágrafos desta cláusula**, solicitar exclusão de beneficiários, excetuadas hipóteses de fraude, perda da condição de elegibilidade ou não enquadramento no padrão contratual, casos em que a exclusão poderá ser feita pela **CONTRATADA**.

§ 1º O beneficiário titular poderá solicitar à **CONTRATANTE** a sua exclusão e/ou de seus beneficiários dependentes.

§ 2º Caberá à **CONTRATANTE** providenciar a comunicação acerca da solicitação de exclusão de que trata o **parágrafo primeiro desta cláusula** para a **CONTRATADA**.

§ 3º Transcorridos mais de 30 (trinta) dias da solicitação do beneficiário titular à **CONTRATANTE** sem que esta tenha comunicado a **CONTRATADA**, a solicitação poderá ser feita diretamente pelo beneficiário titular junto a esta última.

§ 4º A solicitação de que trata o **parágrafo primeiro desta cláusula** independerá do adimplemento contratual e terá efeitos imediatos a partir da efetiva ciência da **CONTRATADA**.

Cláusula quinta: As condições para a perda da qualidade de beneficiário 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;
- IV. filho(a) ou enteado(a), ao completar 18 (dezoito) anos;
- V. filho(a) ou enteado(a) com idade entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) anos, ao perder a condição de estudante;
- VI. filho(a) ou enteado(a), estudando, ao completar 24 (vinte e quatro) anos; e
- VII. extinção da relação de união estável ou de sociedade conjugal.

§ 1º Excetuada as hipóteses dos artigos 30 e 31, da LPS, enquanto durar o benefício de permanência neles previsto, a morte do beneficiário titular acarretará a perda da condição de beneficiário do(s) seu(s) dependente(s).

§ 2º A **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 desembolsados pela **CONTRATADA**, limitada essa responsabilidade ao prazo de validade dos cartões.

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



§ 3º O disposto no **parágrafo segundo desta cláusula** não se aplica caso os cartões de utilização sejam exclusivamente virtuais, hipótese em que competirá à **CONTRATADA** realizar o bloqueio do acesso dos beneficiários excluídos.

V. ESPECIFICAÇÃO DAS COBERTURAS GARANTIDAS

A. Tratamentos Cobertos

Cláusula sexta: Este contrato, nos seus termos e obedecidas as limitações nele previstas, prevê cobertura para os tratamentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde (RPES), periodicamente publicado pela ANS, com as exceções nele previstas, observado o disposto no **parágrafo único desta cláusula**.

Parágrafo único. A garantia de cobertura igualmente se subordina às indicações de ordem técnica lastreadas nas evidências cientificamente aceitas pela comunidade médica acadêmica.

B. Cobertura Ambulatorial

Cláusula sétima: Os beneficiários da **CONTRATANTE** terão direito às seguintes coberturas ambulatoriais:
I. consultas médicas básicas e nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

II. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, nas espécies e limites constantes do RPES, tampouco demande anestesia diversa da anestesia local, sedação, bloqueio ou embolizações;

III. medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) contemplados no RPES para a segmentação ambulatorial, nos estritos termos legais;

IV. consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetrix, com profissionais referenciados pela **CONTRATADA** e desde que mediante indicação pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, obedecidos os casos, critérios, limites e número de sessões previstos no RPES para a segmentação ambulatorial;

V. psicoterapia, que poderá ser realizada pelo médico assistente ou psicólogo referenciado pela **CONTRATADA**, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES para a segmentação ambulatorial;

VI. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no RPES, realizáveis por médico assistente fisiatra ou por fisioterapeuta referenciado pela **CONTRATADA**, conforme casos, critérios e limites previstos no RPES para a segmentação ambulatorial;

VII. ações de planejamento familiar, conforme as previsões constantes do RPES para segmentação ambulatorial;

VIII. atendimentos de emergência, legalmente definidos pela LPS como aqueles casos em que o estado de saúde do beneficiário corre risco imediato de vida ou de lesão irreparável, assim expressamente definido pelo médico assistente;

IX. atendimentos de urgência, legalmente definidos pela LPS como aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

X. remoção, uma vez realizados atendimentos de urgência ou emergência pelo contrato, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade da atenção ao paciente ou a necessidade de sua internação;

XI. hemodiálise e diálise peritoneal;

XII. quimioterapia oncológica ambulatorial, para administração de medicamentos no tratamento ambulatorial do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos e medicamentos

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



adjuvantes que necessitem, conforme o médico assistente, de intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde em estabelecimento de saúde, **excluída a cobertura de quimioterapia oncológica intratecal, ou que demande internação, observados os limites previstos no inciso XV desta cláusula; XIII. medicamentos antineoplásicos orais**, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e medicamentos adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no RPES, respeitadas as características do medicamento genérico e fracionado;

XIV. procedimentos de radioterapia previstos no RPES para a segmentação ambulatorial;

XV. procedimentos de hemodinâmica que não exijam internação ou apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 (doze) horas, nem os ministrados em unidade de terapia intensiva ou similares e que ainda estejam previstos no RPES para a segmentação ambulatorial;

XVI. hemoterapia ambulatorial; e

XVII. cirurgias oftalmológicas previstas no RPES para a segmentação ambulatorial.

§ 1º Para efeitos deste contrato, especialmente quanto aos limites previstos no RPES, conta-se o ano de contrato individualmente, por beneficiário, titular ou dependente, como aquele que termina 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após a data de seu ingresso no plano.

§ 2º Os médicos assistentes de que trata **esta cláusula** serão, ordinária e preferencialmente, integrantes de cooperativas componentes do Sistema Unimed.

§ 3º Excepcionalmente, em conformidade com a prescrição do profissional assistente responsável, a **CONTRATADA** poderá autorizar a realização de serviços em quantidades superiores àquelas dos **incisos IV, V e VI desta cláusula**, hipótese em que será devida, pela **CONTRATANTE**, coparticipação, em conformidade com o previsto na **cláusula 38**.

§ 4º Para fins da cobertura prevista **nesta cláusula**, **nos incisos XII e XIII**, definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

§ 5º Para fins da cobertura prevista **nesta cláusula**, **no inciso XIII**, define-se:

a) medicamento antineoplásico oral: como medicamento quimioterápico administrado pela via oral, voltado ao tratamento do câncer, cuja ação específica em cada tipo dessa patologia dependerá da previsão de seu fornecimento na DUT do RPES; ou, na omissão deste, na sua comprovada eficácia, demonstrada pelo prescritor, conforme as práticas de Medicina por Evidência, para suprir a falta, ou operar a substitutibilidade do previsto, uma vez igualmente comprovada a ineficácia deste;

b) medicamento genérico: como medicamento similar a um produto de referência ou inovador, com este intercambiável, comprovada a eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira, ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional, conforme definido em Lei;

c) medicamento similar: aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica, do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca; e

d) medicamento fracionado: como medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do Órgão ou Entidade pública competente.

§ 6º Os medicamentos antineoplásicos orais de que trata o **inciso XIII desta cláusula** serão fornecidos diretamente pela **CONTRATADA**, ou por quem ela indicar, observadas pelo beneficiário ou seu representante, quanto ao medicamento, estas obrigações:

a) uso pessoal e intransferível;

b) vedação de descarte em lixo convencional, devendo o excedente ser devolvido à **CONTRATADA**, sob responsabilidade, no descumprimento, pelo pagamento de multas ambientais que possam incidir; e

c) manutenção fora do alcance de terceiros que não o paciente e seus cuidadores, responsabilidade exclusiva do beneficiário.

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



§ 7º Os medicamentos antineoplásicos orais e os medicamentos imunobiológicos da classe dos imunoestimulantes serão fornecidos pela **CONTRATADA**, aos beneficiários da **CONTRATANTE**, em conformidade com o seu princípio ativo, podendo ser assim fornecidos, inclusive, em substituição, quando prescrito pelo profissional assistente por meio de seu nome comercial, desde que o substituto seja genérico ou similar que apresentem testes de bioequivalência e biodisponibilidade validados e registrados pela ANVISA.

§ 8º Os medicamentos a serem fornecidos pela **CONTRATADA**, aos beneficiários da **CONTRATANTE**, em conformidade com o que dispõe a presente cláusula, poderão ser fracionados, desde que observadas e atendidas as exigências técnicas e operacionais estabelecidas pelo Conselho Federal de Farmácia, ou outro órgão que o venha a substituir.

§ 9º Os exames de análise clínicas serão realizados exclusivamente no Laboratório da **UNIMED ERECHIM**, os tratamentos de fisioterapia exclusivamente na Clínica da **UNIMED ERECHIM**, e os exames de imagem serão realizados exclusivamente no CDI (Centro de Diagnóstico por Imagem) da **UNIMED ERECHIM**, ressalvada a hipótese destes serviços não realizarem algum exame, ou atendimento coberto pelo presente contrato. Nestes casos, os beneficiários da **CONTRATANTE**, mediante autorização especial e prévia da **CONTRATADA**, poderão utilizar outro serviço da rede credenciada pela última.

Cláusula oitava: Os beneficiários terão direito aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, nos termos das cláusulas deste contrato, a serem prestados por pessoas físicas e jurídicas, integrantes de serviços próprios, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, constantes no “Guia Médico”, sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato e no RPES dele integrante.

C. Cobertura Hospitalar

Cláusula nona: Os beneficiários contratuais terão direito à cobertura de internação hospitalar, mediante autorização de internação hospitalar (AIH) fornecida pela **CONTRATADA**, nesta cobertura incluídos:

I. número ilimitado de dias;

II. custeio das despesas, observados os parágrafos desta cláusula:

a) de honorários médicos e de outros profissionais de saúde indicados pelo médico assistente;

b) dos serviços gerais de enfermagem;

c) das despesas de alimentação, material utilizado na internação e taxas hospitalares,

III. hospedagem nas acomodações contratualmente previstas, e internação em Centro de Terapia Intensiva ou similar, garantido o direito a acomodações superiores, nos casos de inexistência daquela previamente indicada no contrato, nos estabelecimentos próprios ou credenciados da **CONTRATADA**;

IV. hospital-dia, nos casos de transtornos mentais, conforme as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas no RPES, excluídas quaisquer outras;

V. transplantes, exclusivamente aqueles listados no RPES, e os procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos;

b) medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e

d) despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

VI. fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) de que o beneficiário venha a necessitar durante o atendimento hospitalar, desde que diretamente ligados ao ato cirúrgico e fornecidos diretamente pela **CONTRATADA** ou por quem ela indicar, observados os termos deste contrato;

VII. custeio exclusivo das despesas de alimentação e acomodação de um único acompanhante do beneficiário internado (salvo na hipótese em que isso seja expressamente contraindicado pelo profissional de saúde assistente) nos seguintes casos:

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



- a) criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos;
- b) idoso a partir de 60 (sessenta) anos de idade;
- c) pessoas com deficiência; e
- d) parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

VIII. custeio de cirurgias buco-maxilo-faciais listadas na RPES para segmentação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, preferencialmente, a critério da **CONTRATADA**, integrante de sua rede credenciada, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos; anestésicos; gases medicinais; transfusões; assistência de enfermagem; alimentação; órteses; próteses e demais materiais, desde que todos estejam ligados ao ato cirúrgico e tenham sido utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX. custeio da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos ambulatoriais, mas que, diante de imperativo clínico apontado pelo médico assistente, necessitem de internação hospitalar, com a mesma cobertura prevista no inciso VIII desta cláusula, **ressalvados, por estarem fora da cobertura, honorários do cirurgião-dentista e materiais odontológicos;**

X. exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de anestésicos, gases medicinais, medicamentos, sessões de quimioterapia, radioterapia e transfusões, conforme prescrição do médico assistente;

XI. procedimentos previstos **nas alíneas deste inciso**, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) procedimento radioterápicos, nos casos previstos no RPES para segmentação hospitalar com obstetrícia, excluídos quaisquer outros;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, nos casos previstos no RPES para segmentação hospitalar com obstetrícia, com exclusão dos demais casos nele não previstos;
- g) embolizações previstas no RPES para segmentação hospitalar com obstetrícia, com exclusão dos demais casos nele não previstos;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física previstos no RPES para segmentação hospitalar com obstetrícia, com exclusão dos demais casos nele não previstos.

XII. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, inclusive pelas técnicas necessárias ao tratamento de mutilação decorrente de tratamento de câncer;

XIII. cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme RPES para segmentação hospitalar com obstetrícia vigente à época do evento;

XIV. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

XV. remoção comprovadamente necessária do paciente para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica.

§ 1º Para esta cláusula, define-se cobertura de hospital-dia como o recurso apto a desenvolver programas e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir internação convencional sem deixar de proporcionar a mesma amplitude por essa ofertada.

§ 2º Ainda que em regime de internação hospitalar, serão aplicadas as mesmas regras previstas na cláusula sétima do presente contrato em relação ao fornecimento de medicamentos antineoplásicos, bem como medicamentos imunobiológicos da classe dos imunostimulantes, terapia endócrina e imunossuppressores.

D. Disposições Gerais para Ambas as Segmentações

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



Cláusula 10: A cobertura de OPME condiciona-se ao cumprimento das seguintes providências prévias:
I. o profissional da saúde assistente do beneficiário deve determinar o tipo e as características do material, tais como dimensões e matéria-prima, sem indicar, salvo na hipótese do **inciso segundo desta cláusula**, fabricante ou marca;

II. o profissional assistente, quando solicitado pela **CONTRATADA**, deve justificar sua indicação e oferecer, no mínimo, três (3) marcas de produtos disponíveis que atendam ao tipo e características determinadas, produzidas por fabricantes distintos e regularizadas perante a ANVISA, sobre as quais recairá a escolha a ser feita pela **CONTRATADA**; e

III. no caso de divergência entre o profissional assistente e a operadora quanto à OPME, nos termos da **cláusula 31**, as partes do contrato escolherão, de comum acordo, um profissional especializado que possa decidir a controvérsia, sendo as despesas com o parecer do mesmo custeadas pela **CONTRATADA**.

Cláusula 11: Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos, possuem cobertura condicionada à regularização, registro e indicações constantes da bula/manual junto à ANVISA, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou relação de outro tipo entre a **CONTRATADA** e seus prestadores de serviço de saúde.

Cláusula 12: Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando especificados no RPES.

Parágrafo único. Todas as escopias listadas no RPES têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Cláusula 13: Caso haja procedimentos indicados pelo médico ou cirurgião-dentista assistentes, para serem realizados por outros profissionais de saúde, a **CONTRATADA** deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o procedimento indicado e a tratar a doença ou agravo do paciente, cabendo exclusivamente ao profissional que irá realizá-lo a escolha do método ou técnica que será utilizado.

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto nesta cláusula, exclusivamente, os casos que envolveram o tratamento/manejo de beneficiários portadores de Transtornos Globais do Desenvolvimento, incluindo Transtorno do Espectro Autista, em relação aos quais a **CONTRATADA**, observadas as demais cláusulas e limitações estabelecidas neste contrato e na legislação vigente, deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar as terapias adequadas indicadas pelo médico assistente.

E. Coberturas Especiais

Cláusula 14: Este contrato dá cobertura a procedimentos especiais, encontrados pormenorizadamente no “site” da **CONTRATADA**, assim entendidos aqueles cuja cobertura é condicionada à obediência aos termos previstos pela ANS nas Diretrizes de Utilização (DUT) do RPES.

§1º Os procedimentos com previsão nas DUT somente serão cobertos se atendida completamente a diretriz.

§ 2º O RPES pode ser consultado da seguinte forma:

- a) na página institucional eletrônica (“site”) da **CONTRATADA**; e
- b) no “site” da ANS, na “Internet”.

§ 3º A **CONTRATADA** igualmente deixa à disposição da **CONTRATANTE** profissionais da saúde que poderão esclarecer eventuais dúvidas sobre os critérios e limites constantes do RPES.

VI. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



Cláusula 15: Estão expressamente excluídos de cobertura, sobre eles não assumindo a CONTRATADA qualquer responsabilidade, os seguintes fornecimentos:

I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, qual seja, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados ou regularizados no Brasil;

b) expressamente considerados como experimentais pelo Conselho Federal de Medicina, pelo Conselho Federal de Odontologia ou outro órgão federal de regulamentação profissional da área de saúde;

c) tratamentos que não tenham comprovação técnico-científica de eficiência, ou que estão fora das práticas clínicas tecnicamente reconhecidas pelos centros médicos acadêmicos de Medicina; e

d) não conte com a indicação para o tratamento, na bula ou mesmo no manual registrado perante a ANVISA (internacionalmente conhecido como uso “off-label”), salvo na hipótese em que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, efetividade e segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido, e a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos;

II. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses, próteses e materiais especiais destinados ao mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III. inseminação artificial, definida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas; transferência intrafalopiana de gameta; doação de oócitos; indução da ovulação; concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, ou outras técnicas similares, exemplificadamente, fertilização “in vitro”;

IV. tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética, assim como internações em “spas”, clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos;

V. fornecimento de medicamentos e produtos importados que não estejam nacionalizados, ou seja, que tenham sido produzidos fora do País e estejam sem registro em vigor na ANVISA, bem como todo e qualquer tipo de medicamento cuja efetividade ou eficácia tenha sido reprovada pela CONITEC, mesmo prescrito durante a internação hospitalar;

VI. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, assim entendidos aqueles prescritos pelo médico assistente com indicação de que sejam ministrados em ambiente externo ao da unidade de saúde, excetuados os medicamentos antineoplásicos orais constantes do RPES;

VII. fornecimento de próteses, órteses e materiais de qualquer natureza não ligados ao ato cirúrgico;

VIII. tratamentos ilícitos (não reconhecidos pelas autoridades) ou antiéticos (assim definidos pelas entidades que cuidam da ética profissional);

IX. atendimentos nas hipóteses de ocorrência de cataclismos, comoções internas e guerras, quando declaradas por autoridade;

X. atendimentos que, submetidos, nos termos da legislação aplicável, à junta médica ou odontológica, sejam considerados como inadequados para o tratamento do beneficiário;

XI. internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar, ou atendimentos ambulatoriais para medicamentos que não tenham essa indicação prescrita pelo médico assistente;

XII. qualquer atendimento ou internação domiciliar (“homecare”);

XIII. remoções que não estejam expressamente previstas neste contrato;

XIV. procedimentos odontológicos não previstos neste contrato;

XV. vacinas;

XVI. procedimentos que não constem no RPES na data do evento, observada a ressalva do inciso XVIII desta cláusula;

XVII. consultas domiciliares;

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



XVIII. procedimentos que não atendam integralmente às Diretrizes de Utilização (DUT), às Diretrizes Clínicas (DC) e aos Protocolos de Utilização (PROUT), de autoria da ANS, exceto:

a) aqueles que, conforme o plano terapêutico estabelecido, tenham comprovação da eficácia baseada em evidências científicas;

b) os que contem com recomendações pela CONITEC; ou

c) os que contem com recomendação de, no mínimo, um (1) órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional, cujo parecer haja sido aprovado para utilização dos cidadãos do país onde foi emitido o parecer. XIX. realização de consultas e exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XX. atendimentos, de qualquer natureza, com profissionais que não integrem a relação de profissões de saúde de nível superior reconhecidas pelas normas vigentes do Ministério da Saúde, ou outro órgão que o venha a substituir;

XXI. atendimentos por médicos não integrantes do Sistema Unimed, salvo hipóteses excepcionais reguladas pela ANS;

XXII. atendimentos, de qualquer natureza, nos hospitais, clínicas e laboratórios não integrantes da rede de prestadores vinculadas a este contrato, em especial Hospitais de Alto Custo e de Tabela Própria, Hospitais de Rede Especial e Rede Master, conforme previsto no guia médico e no § 2º desta cláusula;

XXIII. atendimentos fora da área geográfica de abrangência do plano, salvo comprovada indisponibilidade dos serviços oferecidos neste contrato dentro da área geográfica abrangida, hipótese em que dependerá de prévia autorização e referenciamento da CONTRATADA;

XXIV. cobertura de atendimentos prestados em ambiente domiciliar, escolar ou, ainda, fora de estabelecimento de saúde (próprio ou credenciado pela CONTRATADA), tais como, por exemplo, mas não se limitando a estes: escolas, ginásios, hipódromos e clubes de natação; e

XXV. terapias avançadas ou produtos correlatos e destinados a esses tratamentos, tais como, mas não somente, terapias genéticas, seja em regime ambulatorial ou seja em regime hospitalar.

§ 1º Compete ao beneficiário comprovar as exceções previstas no inciso XVIII desta cláusula.

§ 2º Excluem-se da rede de prestadores estabelecida para este contrato, mesmo para os procedimentos ambulatoriais, todos os Hospitais de Alto Custo e de Tabela Própria, Hospitais de Rede Especial e Rede Master, com exceção dos Hospitais Moinhos de Vento e Mãe de Deus, situados em Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul.

VII. DETALHAMENTO DAS COBERTURAS

A. Condição Geral

Cláusula 16: O atendimento, dentro das coberturas e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

B. Carências

Cláusula 17: Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente incluídos após o cumprimento dos seguintes prazos, nos quais serão devidas as mensalidades pela CONTRATANTE e seus beneficiários, mas não haverá obrigatoriedade de prestação ou custeio dos serviços pela CONTRATADA:

I. 24h (vinte e quatro horas) para atendimento nos casos de urgência e emergência, definidos nos limites dos termos deste contrato;

II. 60 (sessenta) dias para consultas médicas e exames simples;

III. 90 (noventa) dias para exames tomográficos;

IV. 300 (trezentos) dias para os partos a termo; e

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



V. 180 (cento e oitenta) dias para todos os demais casos não previstos nos demais incisos desta cláusula, incluindo, por exemplo, consultas e/ou sessões com profissionais fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, exames complexos ou por vídeo, cirurgias e internações.

§ 1º Os prazos de carência estabelecidos neste contrato são independentes do prazo da cobertura parcial temporária de 24 (vinte e quatro) meses decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.

§ 2º Os prazos de carência estabelecidos neste contrato começam a contar, individualmente, para cada beneficiário, a partir da data:

a) de seu ingresso no presente contrato; e

b) de inclusão, por parte da ANS, de novos serviços e procedimentos no RPES, mediante a publicação de nova edição do rol de procedimentos.

§ 3º Todos os novos exames, eventos, procedimentos e medicamentos incluídos no RPES, em data posterior à assinatura do presente contrato, e, por decorrência, incorporados à cobertura obrigatória contratualmente prevista, implicarão, nos termos da Lei dos Planos de Saúde (LPS), a necessidade de cumprimento dos períodos de carência previstos na presente cláusula.

§ 4º Considera-se a data de ingresso do beneficiário no plano a data do efetivo recebimento do documento de identificação de beneficiário, que não poderá ultrapassar o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da solicitação de sua inscrição pela **CONTRATANTE**.

§ 5º Será dispensado o cumprimento dos prazos de carências se o contrato contar com 30 (trinta) ou mais beneficiários, e o beneficiário formalizar o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato, ou em até 30 (trinta) dias de sua vinculação à **CONTRATANTE**.

§ 6º Caracterizam-se como exames simples os testes laboratoriais ou procedimentos médicos que possuem por objetivo o auxílio no diagnóstico, detecção ou monitoramento de doenças - como, exemplificando, análises de sangue, de urina, raio-x, ultrassom, mamografias, exames de papanicolau e outros de rotina -, deixando de ser assim conceituados quando utilizam estruturas complexas para sua realização, em especial as listadas no RPES como Procedimentos de Alta Complexidade (PACs).

C. Doenças e Lesões Preexistentes

Cláusula 18: É dever prévio do beneficiário, em seu nome próprio e no dos beneficiários menores de idade ou incapazes pelos quais seja responsável, informar sobre doenças ou lesões à saúde preexistentes à assinatura/adesão ao presente contrato de que sejam portadores e tenham conhecimento, ou de que simplesmente tenham conhecimento, quanto aos beneficiários menores ou incapazes, devendo a informação constar na “Declaração de Saúde” preenchida no momento da contratação/adesão, podendo o beneficiário, para fazê-lo, optar por:

I. dispensar a orientação de um médico;

II. contar com a orientação de um médico indicado pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus, hipótese na qual concorda com eventual realização de exames ou perícias que este entenda necessário para elaborar a declaração; ou

III. contar com a assistência de um médico de sua indicação, assumindo as despesas decorrentes.

§ 1º Além das hipóteses previstas nos incisos desta cláusula, a **CONTRATADA** poderá oferecer ao beneficiário da **CONTRATANTE** a opção de ser orientado por um profissional enfermeiro especialmente capacitado para auxiliar na compreensão do preenchimento da Declaração de Saúde.

§ 2º Independentemente da opção adotada pelo beneficiário, a **CONTRATADA** poderá, a seu critério, revisar o preenchimento da Declaração de Saúde e, conforme o caso, solicitar a realização de exames e/ou perícia no declarante.

Cláusula 19: Constatada, de qualquer forma, a doença ou lesão preexistente à proposta de contratação, observado, a este respeito, o disposto nas cláusulas 48 a 56 deste contrato, a **CONTRATADA** oferecerá, obrigatoriamente, ao beneficiário, a possibilidade de firmar o contrato com cobertura parcial temporária (CPT), qual seja, a suspensão por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



de ingresso do beneficiário, da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes reconhecidas antes da contratação.

Parágrafo único. Será dispensado o cumprimento do prazo de CPT ou agravo se o contrato contar com 30 (trinta) ou mais beneficiários, e o beneficiário formalizar o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato, ou em até 30 (trinta) dias de sua vinculação à CONTRATANTE.

Cláusula 20: A CONTRATADA, caso constata fraude na declaração após a assinatura do contrato, podendo valer-se do disposto nas cláusulas 48 a 56 deste contrato, tomará, a seu critério, uma das seguintes alternativas:

I. solicitar, perante a entidade ou órgão regulamentar, abertura de procedimento administrativo visando à rescisão do contrato;

II. oferecer à CONTRATANTE a cobertura parcial temporária ou agravo, ou, ainda, abrir processo administrativo para julgamento da alegação de omissão na “Declaração de Saúde”; ou

III. oferecer à CONTRATANTE a possibilidade de firmar contrato adicional, denominado, na regulamentação da ANS, de agravo, cujo objeto é o fornecimento integral da cobertura para procedimentos relacionados à doença ou lesão preexistente, mediante um acréscimo à contraprestação já convencionada, sempre cumpridos os prazos contratuais de carência.

§ 1º A CONTRATADA não poderá, administrativamente, negar cobertura, suspender ou rescindir o presente contrato até que se encerre o procedimento administrativo para apuração da fraude, ou haja dispensa judicial deste atendimento.

§ 2º Uma vez comprovada, mediante procedimento administrativo junto à ANS, a omissão fraudulenta de informação por parte da CONTRATANTE e/ou seus beneficiários, a CONTRATADA poderá rescindir o contrato e/ou ressarcir-se junto ao responsável de todos os custos em que tiver incorrido por conta da fraude, inclusive despesas assistenciais.

§ 3º A alegação de fraude por omissão quanto à doença ou lesão preexistente não será possível se a CONTRATADA vier a realizar exame ou perícia no beneficiário, com vistas à sua admissão nesta qualidade.

D. Situações de Emergência e Urgência

Cláusula 21: A CONTRATANTE e a CONTRATADA declaram-se cientes de que a legislação aplicável ao presente contrato, a LPS, define:

I. atendimento de emergência como aquele verificado nos casos em que haja risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente; e

II. atendimento de urgência como aquele verificado nos casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional para o beneficiário, igualmente caracterizado em declaração do médico assistente.

§ 1º A CONTRATADA pagará a remoção de hospital para hospital, dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato, já realizados os atendimentos classificados como emergência e urgência que sejam possíveis, uma vez caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade da atenção ao paciente.

§ 2º A procura de uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento é ônus da CONTRATADA.

§ 3º A constatação de risco de vida suficiente a impedir a remoção, ou a opção, pelo beneficiário ou CONTRATANTE, mediante assinatura de declaração, da continuidade do atendimento em unidade que não pertença ao SUS, acarretarão ao último a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando a CONTRATADA.

§ 4º O veículo terrestre apto a realizar a remoção deverá ser equipado com os recursos necessários a garantir a vida do beneficiário, sendo que a responsabilidade da CONTRATADA por este somente cessará quando efetuado o registro na unidade SUS.

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



Cláusula 22: O beneficiário tem direito a ser reembolsado pela **CONTRATADA**, nos atendimentos de emergência ou urgência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços tornados disponíveis pela **CONTRATADA**, obedecidas as disposições desta cláusula.

§ 1º Os reembolsos devem ser solicitados mediante preenchimento de formulário específico para este fim e a apresentação dos seguintes documentos:

- a) solicitação do médico assistente atestando a emergência ou urgência;
- b) comprovante da realização do atendimento médico; e
- c) nota fiscal de pagamento.

§ 2º O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada, sob pena de perder, por decadência convencional, o direito ao reembolso.

§ 3º Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento, pela **CONTRATADA**, da documentação completa.

§ 4º O valor a ser reembolsado será aquele pago pela **CONTRATADA**, conforme tabela praticada junto à rede assistencial disponível para este plano à época da ocorrência do evento assistencial.

E. Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD)

Cláusula 23: Ao prescrever consultas ou tratamento de beneficiários portadores de Transtornos Globais de Desenvolvimento, incluindo o Transtorno do Espectro Autista (TEA), o médico assistente deverá, obrigatoriamente, preencher a documentação disponibilizada pela **CONTRATADA**, obedecidas as seguintes prescrições:

I. uma vez solicitado o atendimento, antes de sua autorização, para efeitos de elaboração do Plano Terapêutico, a ser sugerido pela **CONTRATADA**, os beneficiários passarão por avaliação de:

- a) médicos especializados indicados e custeados pela **CONTRATADA**;
- b) outros profissionais de saúde especializados indicados e custeados pela **CONTRATADA**;

II. eventual divergência técnica dos profissionais executores quanto à sugestão de Plano Terapêutico deverá ser encaminhada por escrito e fundamentadamente;

III. a **CONTRATADA** deverá, em conjunto com o(s) responsável(is) técnicos pela divergência, compatibilizar as opiniões, sendo da responsabilidade da **CONTRATANTE** a disponibilidade pelos profissionais que abriram a divergência;

IV. em qualquer hipótese, não havendo conciliação de propostas de Plano, a divergência será submetida à Junta Médica, nos termos deste contrato e das normas regulamentares da ANS; e

V. O beneficiário, enquanto se realiza a Junta Médica, ficará recebendo assistência conforme o último Plano Terapêutico.

§ 1º A realização dos processos de que trata o **cabeçalho desta cláusula** configura o início da garantia assistencial ao beneficiário, na medida em que a elaboração de Plano Terapêutico Individualizado, ainda que em eventual revisão diagnóstica, são fatores essenciais para que o atendimento prestado de forma contínua esteja adequado às características pessoais do paciente.

§ 2º Os beneficiários menores de 18 (dezoito) anos ou que não possuam sua capacidade civil plena deverão, em todos os atendimentos prestados, estar na companhia de seu representante legal ou pessoa por estes últimos designada e devidamente autorizada para esta finalidade, sendo vedada a continuidade do atendimento do paciente desacompanhado no estabelecimento de saúde.

Cláusula 24: A **CONTRATADA**, a cada seis meses, encaminhará ao beneficiário da **CONTRATANTE**, ou quem o represente, informações necessárias para atualização do Plano Terapêutico, observado o disposto nos **parágrafos desta cláusula**:

§ 1º A ocorrência de motivos novos poderá acarretar solicitação de informações, solicitadas pela **CONTRATADA**, quanto à evolução do tratamento do beneficiário, ficando o mesmo ou seu representante obrigado, sob pena de suspensão da cobertura, a fornecê-los em prazo não maior que 15 dias.

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



§ 2º A **CONTRATADA**, através dos seus representantes, ou dos profissionais integrantes de sua rede, comunicará aos responsáveis legais dos beneficiários assistidos, da ausência ou insuficiência de sua participação no ambiente assistencial das terapias multidisciplinares, nos termos determinados pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 3º A **CONTRATADA**, na hipótese de não ser suprida a irregularidade descrita no **parágrafo segundo desta cláusula** poderá, a seu critério, tomar as medidas necessárias para suprir tal problema, podendo, se for justificável, interromper o tratamento até que sejam tomadas as providências possíveis para o caso.

F. Requisitos de Cobertura

Cláusula 25: O atendimento aos beneficiários regularmente inscritos ocorrerá com a exibição, por parte destes, nos locais de atendimento, dentro da rede estabelecida para esse contrato, de documento individual de identificação fornecido pela **CONTRATADA**, acompanhado de documento de identidade legalmente reconhecido.

Parágrafo único. O documento individual de identificação de que trata o **cabeçalho desta cláusula** poderá, a exclusivo critério da **CONTRATADA**, ser físico ou virtual, cuja utilização, em qualquer hipótese, se dará conforme orientações por ela disponibilizadas em seu sítio virtual.

Cláusula 26: Ao ser contratado o plano, a **CONTRATANTE** receberá da **CONTRATADA** o “Guia Médico” (GM), contendo os integrantes da rede de prestadores do plano adquirido, dentre os quais caberá a escolha, por parte dos beneficiários contratuais, sendo que estes terão, a partir daí, acesso às atualizações do Guia.

Parágrafo único. O GM será entregue, preferencialmente, em via eletrônica, sendo facultada a entrega de uma via impressa, caso o beneficiário da **CONTRATANTE** assim solicite.

Cláusula 27: Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, durante o período de internações hospitalares, obedecida a rede estabelecida para este contrato, serão cobertos pela **CONTRATADA**, por solicitação do médico assistente, obedecidos os **parágrafos desta cláusula**.

§ 1º Nas internações eletivas, o beneficiário procurará a **CONTRATADA**, antes da baixa hospitalar, apresentando o pedido fundamentado de internação firmado pelo médico assistente, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação.

§ 2º Estando regular o pedido, a **CONTRATADA** emitirá guia de internação com prazo previamente estabelecido, o qual poderá ser prorrogado mediante solicitação formal e justificada do médico assistente, a ser apresentada à **CONTRATADA** pelo beneficiário ou quem o represente.

§ 3º Nos casos de emergência ou urgência, o beneficiário, ou seu representante, deverá comunicar à **CONTRATADA** sobre o serviço utilizado em até dois (2) dias úteis.

Cláusula 28: A **CONTRATADA** não se responsabiliza por qualquer ajuste realizado pelos beneficiários da **CONTRATANTE** com prestadores de serviços que não tenham sido por ela autorizados, correndo tais despesas por conta exclusiva de quem os ajustou.

§1º Quando o beneficiário, por livre escolha e às próprias expensas, for atendido por médico, ou outro profissional fora da rede da **CONTRATADA**, a solicitação dos serviços, no resguardo das suas responsabilidades, será analisada por esta, que poderá exigir do médico solicitante as mesmas informações e justificativas que exigidas dos médicos integrantes da rede, inclusive preenchimento dos formulários padrão exigidos pela ANS.

§ 2º O custo dos serviços de que trata esta **cláusula** será exclusivamente da **CONTRATANTE**.

G. Acesso a Prestadores e Suprimentos na Omissão

Cláusula 29: O atendimento aos beneficiários fica assim assegurado:

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



- I. no município demandado pelo beneficiário, desde que faça parte da área de atuação do contrato;
 - II. na área de atuação do contrato, pela rede de atendimento da **CONTRATADA** prevista no GM; e, na sua falta;
 - III. dentro da área de atuação do contrato, em serviço não integrante da rede de atendimento prevista no GM, com prévia e expressa autorização da **CONTRATADA**, que efetivará o pagamento diretamente ao prestador; e, não sendo possível;
 - IV. dentro da área de atuação do contrato, pela rede de atendimento prevista no GM em município limítrofe àquele em que o serviço foi demandado pelo beneficiário; e, não sendo possível;
 - V. por prestador contratado ou credenciado da **CONTRATADA**, em município pertencente à região de saúde do qual faz parte o município onde o serviço foi demandado pelo beneficiário; ou, não sendo viável;
 - VI. por prestador referenciado pela **CONTRATADA**, em qualquer localidade por esta previamente indicada; e
 - VII. excepcionalmente, desde que a **CONTRATADA** comprovadamente não tenha disponibilizado qualquer das hipóteses previstas nesta cláusula, o beneficiário poderá fazer uso de serviço que livremente escolher, com posterior reembolso, pela **CONTRATADA**, das despesas decorrentes.
- § 1º Na hipótese do inciso V desta cláusula, a **CONTRATADA** responderá pelo transporte do beneficiário, através de meio por ela previamente escolhido.
- § 2º Na hipótese do inciso VII desta cláusula, a **CONTRATADA** não reembolsará qualquer despesa de atendimento, caso o beneficiário não tenha passado pelas etapas anteriores.
- § 3º Na hipótese do inciso VII desta cláusula, será deduzido do reembolso pago ao beneficiário o valor de coparticipação contratualmente previsto.
- § 4º A área de atuação e a região geográfica contratualmente previstas são exclusivamente aquelas indicadas no título II deste contrato.

H. Discordância sobre Prescrições

Cláusula 30: A **CONTRATADA** fornece a cobertura que for adequada aos preceitos éticos e às regras da medicina baseada em evidências, com a adoção, pelos profissionais assistentes, de condutas comprovadas e cientificamente reconhecidas, resguardando-se o direito de discordar das prescrições, obedecidos os parágrafos desta cláusula.

§ 1º Integram os serviços contratuais a revisão médica de todas as solicitações, de modo a se compatibilizarem com a medicina por evidência e procurarem minimizar as possibilidades de serem os beneficiários acometidos por serviços que lhe sejam desnecessários ou excessivos, mediante referência a terceiros ou autogeração.

§ 2º A **CONTRATANTE** obriga-se, por si e pelos seus beneficiários, de que esses se submetam à perícia médica e/ou exames de averiguação de prescrições de tratamentos ou de OPME, por parte de auditores médicos da **CONTRATADA** ou de peritos por ela contratados.

§ 3º A **CONTRATADA**, ou seus beneficiários, caso discordem do profissional assistente quanto à necessidade de realização do procedimento integrante, em tese, da cobertura obrigatória, encaminharão àquele, por auditor identificado e por escrito, suas razões de discordância, requerendo manifestação por escrito.

§ 4º Na hipótese de o médico assistente manter sua posição, um terceiro especialista, escolhido conforme normas regulamentares da ANS, arbitrar a divergência.

§ 5º O processo previsto nesta cláusula terá a duração adequada à necessidade do beneficiário.

§ 6º A recusa do beneficiário a se submeter à perícia implicará a responsabilidade da **CONTRATANTE** pelas despesas indevidas contraídas pela **CONTRATADA** para dar atendimento não coberto pelas cláusulas deste contrato.

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



Cláusula 31: O fornecimento de materiais especiais, órteses e próteses (OPME) pela **CONTRATADA** obedecerá, conforme o caso, ao disposto na regulamentação do Conselho Federal de Medicina e/ou do Conselho Federal de Odontologia, da ANS e aos **parágrafos desta cláusula**.

§ 1º O profissional assistente determinará o tipo e as características do material, tais como as dimensões dos materiais e a sua matéria-prima, sem indicar, em hipótese alguma, distribuidor, fabricante ou marca comercial.

§ 2º Caso não concorde com a marca da OPME indicada pela **CONTRATADA**, o profissional assistente deverá justificar tecnicamente, por escrito, a sua inconformidade, e, quando solicitado pela operadora **CONTRATADA**, poderá indicar, no mínimo, 3 (três) marcas diferentes de produtos disponíveis que atendam ao tipo e às características determinadas, produzidas por fabricantes distintos e regularizadas perante a ANVISA, sobre as quais recairá a escolha a ser feita pela **CONTRATADA**.

§ 3º Havendo necessidade técnica, o médico auditor ou especialista contratado da **CONTRATADA** examinará previamente o beneficiário, através de perícia médica, emitindo laudo sobre a situação clínica do paciente, a pertinência do procedimento a ser realizado e o material adequado ao procedimento, se for o caso.

§ 4º Caso haja divergência técnica entre o profissional assistente e o auditor representante da **CONTRATADA**, a decisão será tomada, mediante determinação escrita, por um terceiro especialista, escolhido, conforme regulamentação da matéria pela ANS.

§ 5º O profissional assistente poderá recusar no máximo 3 (três) profissionais indicados pela **CONTRATADA** para composição da junta médica ou terceira opinião, hipótese na qual um quarto médico será escolhido pela **CONTRATADA**, obedecido o que a respeito disser a norma regulamentar da ANS.

§ 6º O processo previsto nesta cláusula terá a duração adequada à necessidade do beneficiário.

§ 7º A recusa do beneficiário a se submeter à perícia implicará a responsabilidade da **CONTRATANTE** pelas despesas indevidas contraídas pela **CONTRATADA** para dar atendimento não coberto pelas cláusulas deste contrato.

Cláusula 32: Os critérios de julgamento da junta e a indicação, com parecer conclusivo, pelo desempatador, pela não realização do procedimento, ou pela alteração do material ou do método ou técnica pretendida, dentro da interpretação razoável dos termos regulamentares da ANS, desobriga a **CONTRATADA** do fornecimento pretendido, sem prejuízo de outro, previsto pelo desempatador, ser colocado à disposição do beneficiário.

Cláusula 33: Na especialidade de oncologia, a medicação para quimioterapia será fornecida diretamente pela **CONTRATADA**, ou por quem ela indicar, eximindo-se esta de qualquer custo que fuja do previsto nesta cláusula.

Cláusula 34: A **CONTRATANTE** obriga-se, por si e seus beneficiários, a se submeter a exames de averiguação, por parte de auditores médicos da **CONTRATADA** ou peritos, de prescrições de tratamentos ou indicações que envolvam o uso de OPME e medicamentos.

Parágrafo único. A recusa do beneficiário a se submeter à perícia implicará a responsabilidade da **CONTRATANTE** pelas despesas indevidas contraídas pela **CONTRATADA** para dar atendimento não coberto pelas cláusulas deste contrato.

I. Dispensa de Prestadores

Cláusula 35: A **CONTRATADA** reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer componente da sua rede assistencial credenciada, desde que indique a continuidade da cobertura equivalente, mediante comunicação, por meio de seu Portal Corporativo na Internet, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo os casos de fraude ou infração das normas sanitárias e administrativas, quando arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus, para continuação da assistência.

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



Parágrafo único. A substituição do hospital por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do beneficiário obrigará o estabelecimento a manter e a **CONTRATADA** a pagar as despesas até que, a critério do médico assistente, seja dada alta.

VIII. MENSALIDADES E PREÇOS

A. Regras Gerais

Cláusula 36: A contraprestação a ser paga pela **CONTRATANTE**, ressalvado os casos expressamente previstos neste contrato, é constituída de:

- I. mensalidades com preço preestabelecido, conforme cálculos atuariais baseados no princípio do mutualismo e pelo regime de repartição simples (RRS);
- II. taxa de administração, mediante alíquota, anualmente variável; e
- III. custos específicos discriminados neste contrato.

§ 1º O princípio do mutualismo (tornar incertezas individuais em certezas coletivas), para efeitos deste contrato, caracteriza-se como sendo aquele no qual o conjunto de beneficiários, na forma da distribuição proporcional prevista neste contrato, arca com o valor inicial e com as subseqüentes reformulações do preço, bem como com os custos verificados para cobertura dos serviços contratuais, cujo risco de déficit é suportado pela **CONTRATADA** pelo prazo de 1 (um) ano, a fluir da data de vigência do contrato, renovando-se a cada ano, com a renovação contratual.

§ 2º O regime de repartição simples é aquele no qual a despesa de cobertura do contrato é rateada entre os beneficiários, sem formar capitalizações, conforme os critérios contratualmente estabelecidos.

§ 3º Decorre da forma de constituição das mensalidades a impossibilidade de devolução de mensalidades, independentemente de os beneficiários terem efetivamente se valido da cobertura contratual.

§ 4º A taxa de administração é a comissão que se destina a contraprestar os serviços que a **CONTRATADA** tenha, em nome da **CONTRATANTE**, para administração dos serviços de sua rede, colocados à disposição dos beneficiários da última.

§ 5º O mecanismo financeiro de regulação, qual seja, coparticipação, abaixo discriminado, tratam-se de contraprestação econômica considerada para estabelecimento dos preços das mensalidades contratualmente pactuadas, bem como possui relação direta com a redução desta última em decorrência do atenuamento dos custos assistenciais provenientes da utilização contratual.

B. Mensalidade

Cláusula 37: Obriga-se a **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA**, mensalmente, em relação ao mês anterior ao de competência de cobertura, o preço unitário inicial fixado pela última, quando da contratação ou da inclusão, conforme as respectivas faixas etárias previstas nos incisos abaixo, multiplicado pelo número de beneficiários, com os reajustes e recomposição que venha a sofrer conforme previstos na folha de rosto deste contrato:

- I. de 0 (zero) aos 18 (dezoito) anos de idade;
- II. a partir dos 19 (dezenove) e até os 23 (vinte e três) anos de idade;
- III. a partir dos 24 (vinte e quatro) e até os 28 (vinte e oito) anos de idade;
- IV. a partir dos 29 (vinte e nove) até os 33 (trinta e três) anos de idade;
- V. a partir dos 34 (trinta e quatro) e até os 38 (trinta e oito) anos de idade;
- VI. a partir dos 39 (trinta e nove) e até os 43 (quarenta e três) anos de idade;
- VII. a partir dos 44 (quarenta e quatro) e até os 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- VIII. a partir dos 49 (quarenta e nove) e até os 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- IX. a partir dos 54 (cinquenta e quatro) e até os 58 (cinquenta e oito) anos de idade; e
- X. a partir dos 59 (cinquenta e nove) anos.

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



C. Preço, Custos e Coparticipações

Cláusula 38: Obriga-se também a **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA**:

I. **preço inicial**, representado pela primeira mensalidade, conforme valor previsto na folha de rosto deste contrato, apresentado à **CONTRATANTE** previamente, juntamente com as;

II. **despesas de inscrição e material**, logo após a aceitação da proposta pela **CONTRATADA**, ou, igualmente, quando da inclusão de novos beneficiários, conforme valor previsto na folha de rosto deste contrato;

Procedimentos	Participação	Obs.
Consulta	50%	*
Consulta de nutrição, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia	20%	*
Sessão de nutrição, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional	20%	*
Atendimento ou sessão de acupuntura	25%	***
Sessão de Fisioterapia	35%	**
Exame	35%	**
Hemodiálise	10%	***
Quimioterapia	10%	***
Radioterapia	10%	***
Angioplastia	20%	***
Demais Terapias e Imunobiológicos	10%	***
Procedimento Ambulatorial sem Porte Anestésico	50%	**
Procedimento Ambulatorial com Porte Anestésico	1x valor referência	*
Internação e Atendimento Psiquiátrico	50% do custo, após o período de custeio gratuito	***
Internação Clínica	2x valor referência	*
Internação ou Procedimento Cirúrgico	4x valor referência	*
Internação Obstétrica	4x valor referência	*
Internação para Cirurgia de Obesidade Mórbida	20%	***
Remoção terrestre sem acompanhamento médico	½ valor referência p/cada 30 km rodados	*
Remoção terrestre com acompanhamento médico	1 ½ valor referência p/cada 30 km rodados	*

Observação:

* Calculado sobre o valor de referência UNIMED ERECHIM.

** Calculado sobre tabela de serviços UNIMED ERECHIM.

*** Calculado sobre o valor total da internação, procedimentos e terapias, praticados pela UNIMED ERECHIM.

III. **coparticipação, nos casos de atendimento ambulatorial**, conforme valor previsto na folha de rosto deste contrato, inclusive e individualmente, para cada consulta, exame ou sessão, seja com médicos, seja com profissionais integrantes das demais áreas da saúde;

IV. **coparticipação nas internações hospitalares**, por internação, conforme valor previsto na folha de rosto deste contrato;

V. **coparticipação nas internações psiquiátricas** sobre o valor contratado junto ao prestador, após o 30º (trigésimo) dia de internação, contínuos ou não, a cada 12 (doze) meses de vigência contratual, por internação, conforme previsto na folha de rosto deste contrato;

VI. **multa** no valor de 1/5 (um quinto) daquele pago pela **CONTRATADA** para o mesmo procedimento, quando comprovadamente o beneficiário não comparecer a uma consulta agendada e não a desmarcar com, no mínimo, 12 (doze) horas de antecedência; e

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



VII. taxa de emissão e de envio da segunda via de documento de identificação, por beneficiário, conforme previsto na folha de rosto deste contrato.

§ 1º A cobrança das coparticipações previstas nos incisos III, IV e V desta cláusula poderá ser realizada em até 5 (cinco) anos após a realização do evento.

§ 2º O vencimento de cada fatura se dará no dia indicado na folha de rosto deste contrato, devendo a fatura ser encaminhada para o endereço eletrônico da CONTRATANTE, sem prejuízo, em qualquer hipótese, de acesso do documento junto aos canais digitais disponibilizados pela CONTRATADA.

§ 3º O pagamento da fatura será realizado via boleto bancário, débito em conta ou à vista, na autorização dos procedimentos, mediante instruções da CONTRATADA.

§ 4º As coparticipações de que tratam os incisos III, IV e V desta cláusula poderão ser calculadas com base em percentual do valor referente ao efetivo custo do procedimento e/ou evento em saúde a que se refere, ou, ainda, mediante valor fixo para cada utilização, com limitação, ou não, a valor máximo nominal, por fatura e por beneficiário, tudo isso em conformidade com as informações constantes e discriminadas na folha de rosto do presente contrato.

§ 5º Havendo previsão de cobrança de valores a título de coparticipação em qualquer procedimento e/ou evento a que venha, porventura, a ser reembolsado o beneficiário e/ou a CONTRATANTE, poderá ser descontado, no reembolso, o valor devido a título da contraprestação pecuniária decorrente da coparticipação contratualmente prevista.

§ 6º A coparticipação de que trata o inciso III desta cláusula aplica-se igualmente a consultas, sessões, terapias e demais serviços ambulatoriais prestados para tratamento de beneficiários portadores de Transtornos Globais de Desenvolvimento, incluindo portadores de Transtorno de Espectro Autista, em percentual dos valores ajustados pela CONTRATADA junto de seus prestadores, indicado na folha de rosto do presente contrato.

§ 7º As sessões de que trata o parágrafo anterior deverão ser computadas como hora técnica com duração máxima de até 60 (sessenta) minutos.

§ 8º Os atendimentos que não tiverem cobertura contratual, por exclusão ou limitação de qualquer natureza, serão incluídos nos custos a serem suportados pela CONTRATADA, na forma prevista nos parágrafos 3º. e 4º. da cláusula primeira do presente instrumento contratual.

§ 9º Para efeitos desse contrato, define-se:

I. **coparticipação** como valor pago em fatura à CONTRATADA, por parte da CONTRATANTE e/ou seus beneficiários titulares, estabelecido em percentual e/ou montante nominal que representa parte do valor do evento ou procedimento realizado.

Cláusula 39: A CONTRATANTE fica ciente de que os atendimentos aqui previstos, caso sejam procurados pelos beneficiários contratuais junto ao SUS, sujeitarão a CONTRATADA a ressarcir este Sistema dos respectivos custos.

§ 1º Aplicam-se as regras previstas nas cláusulas deste contrato quanto ao fornecimento de dados e documentos relativos aos beneficiários da CONTRATANTE, quando solicitados pela CONTRATADA para que esta possa instruir processo relativo ao ressarcimento de que trata o cabeçalho desta cláusula.

§ 2º O descumprimento da obrigação prevista no § 1º desta cláusula sujeitará a CONTRATANTE ao pagamento das custas, despesas e multas nas quais a CONTRATADA incorrer em razão dessa omissão, sem prejuízo de outras sanções previstas neste contrato.

§ 3º Excetuam-se da regra de que trata o cabeçalho desta cláusula os tratamentos que não possuírem sua cobertura garantida por meio do presente instrumento contratual, os quais deverão ser demandados, pelo beneficiário da CONTRATANTE, diretamente do SUS, sem que isso implique qualquer ônus à CONTRATADA.

Cláusula 40: Ocorrendo a hipótese de que trata a cláusula 39 deste contrato, sem que, para isso, concorra culposamente a CONTRATADA, a CONTRATANTE ressarcirá a CONTRATADA do valor que vier a pagar, se este vier a ser, por qualquer motivo, superior ao custo que o mesmo atendimento teria em sua rede própria ou conveniada, observado o parágrafo único desta cláusula.

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



Parágrafo único. Ocorrendo a situação de que trata o **cabeçalho desta cláusula**, fica expressamente vedado à **CONTRATANTE** cobrar qualquer valor, regressivamente, de seus beneficiários, sob pena de rescisão contratual.

Cláusula 41: A **CONTRATANTE** fica ciente de que o deferimento judicial, a beneficiário seu, de serviço não previsto ou excluído por este contrato, em função de sua condição de beneficiário contratual, implicará a sua responsabilidade de ressarcir essa despesa à **CONTRATADA**, no exato valor que esta vier a pagar pelo custeio de tal serviço específico, observado os **parágrafos desta cláusula**.

§ 1º A possibilidade prevista no **cabeçalho desta cláusula** tem como requisito o esgotamento razoável de todas as instâncias processuais pela **CONTRATADA**, no sentido de se opor à concessão do serviço pretendido pelo beneficiário.

§ 2º O custeio limitar-se-á aos custos com as despesas assistenciais, deles se excluindo os valores de indenização por danos extrapatrimoniais e as despesas judiciais.

D. Reajustes

Cláusula 42: As obrigações da **CONTRATADA** em decorrência dos serviços aqui previstos dão ao presente contrato a natureza de um contrato de prestação de serviços futuros, sendo seus preços passíveis de reajuste, conforme oscilem os custos, a sinistralidade, as novas coberturas assistenciais impostas pela ANS e os encargos tributários necessários à sua execução.

Parágrafo único: Eventual medida regulatória ou legal que porventura venha alterar a forma e/ou possibilidade de cobrança dos mecanismos financeiros de regulação anteriormente discriminados implicará, obrigatoriamente, no recálculo das mensalidades no momento do reajuste de que trata o **cabeçalho desta cláusula**, como forma de manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

Cláusula 43: Os valores de contraprestação econômica mensal e de coparticipação previstos neste contrato, bem como a tabela de preços para novas adesões, serão reajustados anualmente, a cada 12 (doze) meses, **através de livre negociação** entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**, observada, para tanto, como base, a variação IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas) no período ou, no caso de sua extinção, por outro índice equivalente que o substitua, e a variação, no mesmo prazo, dos custos de assistência médica e hospitalar, bem como do preço dos medicamentos, ou a própria demanda.

§ 1º Havendo reajuste por sinistralidade, este considerará a sinistralidade projetada da carteira, na proporção entre despesas assistenciais e receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

§ 2º A **CONTRATADA** comunicará o reajuste à ANS.

§ 3º 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.

§ 4º Independente da data de ingresso do beneficiário no contrato, sua contraprestação terá reajuste integral na data de aniversário do contrato.

§ 5º Os percentuais de reajuste serão sempre uniformes, neles não sendo considerados os bônus, descontos ou agravamentos contratuais previstos na legislação de planos de saúde.

§ 6º A taxa de administração fixada na assinatura do contrato será anualmente reajustada, na mesma data em que reajustadas as mensalidades contratuais, variando na conformidade dos custos administrativos, anualmente apurados pelo cálculo atuarial da **CONTRATADA**, que os colocará à disposição para exame da **CONTRATANTE**.

§ 7º Os valores relativos a fator moderador (coparticipação) previsto neste contrato poderá ser reajustado em percentual diverso daquele aplicado para o reajuste dos valores de contraprestação econômica mensal, observados limites legais ou regulamentares a respeito.

§ 8º No caso deste contrato contar com menos de 30 (trinta) beneficiários, na data de contratação ou na data do aniversário anterior, as regras de reajuste serão aquelas determinadas pela ANS, sempre

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



observado, conjuntamente, o reajuste do valor pago (correção monetária) e o equilíbrio da sinistralidade projetada.

E. Recomposição de Faixa Etária

Cláusula 44: Sem prejuízo do reajuste previsto neste contrato, as mensalidades contratuais terão seu valor inicialmente previsto recomposto por majoração, de acordo com a idade dos beneficiários, no mês seguinte ao do seu aniversário, individualmente considerado, para as seguintes faixas abaixo expostas, **conforme percentual previsto na folha de rosto deste contrato**, incidente sobre o preço inicial, caso o beneficiário haja sido incluído com idade menor, ou o preço anteriormente recomposto:

- I. de 0 (zero) aos 18 (dezoito) anos de idade;
- II. a partir dos 19 (dezenove) até os 23 (vinte e três) anos de idade;
- III. a partir dos 24 (vinte e quatro) até os 28 (vinte e oito) anos de idade;
- IV. a partir dos 29 (vinte e nove) até os 33 (trinta e três) anos de idade;
- V. a partir dos 34 (trinta e quatro) até os 38 (trinta e oito) anos de idade;
- VI. a partir dos 39 (trinta e nove) até os 43 (quarenta e três) anos de idade;
- VII. a partir dos 44 (quarenta e quatro) até os 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- VIII. a partir dos 49 (quarenta e nove) até os 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- IX. a partir dos 54 (cinquenta e quatro) até os 58 (cinquenta e oito) anos de idade; e
- X. a partir dos 59 (cinquenta e nove) anos.

F. Inadimplemento

Cláusula 45: A **CONTRATADA** poderá, face ao não pagamento de uma ou mais faturas mensais, emitir duplicatas de prestação de serviços, correspondentes ao valor do débito, nele destacada a taxa de administração, corrigido pelo IPCA - grupo de Saúde e Cuidados Pessoais, do IBGE, acrescido de juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito, valendo esse instrumento como comprovante de solicitação e efetiva prestação dos serviços representados pelo título, ficando expresso, na cobrança de mensalidades contratuais por duplicatas, que o serviço cobrado é a colocação, à disposição dos beneficiários, da cobertura dos serviços contratualmente referidos, ainda que não sejam demandados.

Cláusula 46: O beneficiário da **CONTRATANTE** não terá direito aos serviços aqui pactuados caso esteja com os valores de contraprestação econômica há mais de 60 (sessenta) dias em atraso e tenha sido constituído em mora, por meio de notificação extrajudicial prévia enviada pela **CONTRATADA**.

§ 1º Na hipótese em que os **beneficiários titulares da CONTRATANTE** sejam os responsáveis diretos pelos pagamentos de suas mensalidades e deixarem de adimplir, por prazo igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, os valores contratualmente devidos e, desde que notificados até o quinquagésimo dia de inadimplência, não venham a atualizá-los e adimpli-los, completamente, no prazo máximo de 10 (dez) dias a contar do recebimento da notificação, com os acréscimos legais e contratuais, ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis, poderá a **CONTRATADA** promover a sua exclusão e/ou de seus beneficiários dependentes.

§ 2º Serão considerados válidos os seguintes meios de notificação a ser direcionada aos **beneficiários titulares da CONTRATANTE**:

- I. correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- II. mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta, desde que respondida a mensagem pelo destinatário confirmando sua ciência;
- III. ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor; ou



IV. carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

§ 3º Para os meios de notificação de que trata o **parágrafo segundo desta cláusula**, serão utilizadas as informações atualizadas no banco de dados da **CONTRATADA**, os quais devem ser adequadamente fornecidos pela **CONTRATANTE** ou por seu **beneficiário titular**, os quais possuem, igualmente, a obrigação de fornecer e manter seus dados e informações cadastrais atualizadas.

§ 4º Esgotados os meios de notificação de que trata o **parágrafo segundo desta cláusula** por meio da utilização de todos os dados constantes no banco de dados da **CONTRATADA**, a exclusão do beneficiário poderá ocorrer após 10 (dez) dias da última tentativa, desde que comprovadas as tentativas de notificação por todos os meios relatados.

§ 5º Em complemento aos meios de notificação previstos no **parágrafo segundo desta cláusula**, poderá a **CONTRATADA** proceder à notificação por meio de área restrita em sua página institucional na internet e/ou por meio de aplicativo para dispositivos móveis, em local somente acessível pelo **beneficiário inadimplente** mediante *login* e senhas pessoais.

§ 6º O beneficiário da **CONTRATANTE** não terá direito aos serviços aqui pactuados caso esteja com os valores de contraprestação econômica há mais de 10 (dez) dias em atraso e tenha sido constituído em mora, por meio de notificação extrajudicial prévia enviada pela **CONTRATADA**, nos termos da presente cláusula, ou, ainda, tendo sido esgotadas todas as possibilidades de notificação, nos termos e prazo do **parágrafo quarto da presente cláusula**.

§ 7º A **CONTRATANTE** será cientificada da exclusão de seus beneficiários em razão de sua inadimplência, nos termos da **presente cláusula**.

Cláusula 47: O atraso nos pagamentos implicará o cadastramento da inadimplência da **CONTRATANTE** junto aos órgãos ou entidades de proteção ao crédito.

Parágrafo único. Na hipótese em que o pagamento das contraprestações pecuniárias for de responsabilidade direta do **beneficiário titular da CONTRATANTE**, o atraso em seu adimplemento implicará o cadastramento da inadimplência deste último e, subsidiariamente, da própria **CONTRATANTE** junto aos órgãos ou entidades de proteção ao crédito.

IX. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Cláusula 48: A **CONTRATANTE**, em seu nome e no de seus beneficiários, é ciente da utilização dos dados pessoais sensíveis destes, em registros eletrônicos da **CONTRATADA**, observado o disposto nas **cláusulas** deste capítulo.

Cláusula 49: A **CONTRATANTE** autoriza, em seu nome e no de seus beneficiários, a utilização dos dados pessoais seus e deles, em registros eletrônicos da **CONTRATADA**, observado o disposto nas **cláusulas** deste capítulo.

Cláusula 50: A **CONTRATANTE**, igualmente no seu nome e no de seus beneficiários, é ciente que a **CONTRATADA** investiga dados pessoais, inclusive sensíveis, constantes de prontuários e demais documentos relativos aos serviços assistenciais que são objeto deste contrato, junto aos médicos e estabelecimentos de saúde detentores, para conferir a veracidade das informações fornecidas na Declaração de Saúde dos beneficiários, não podendo alegar, no futuro, violação ao sigilo decorrente de investigação que for realizada, com o fim exclusivo de constatar a veracidade da declaração.

Cláusula 51: A **CONTRATANTE** obriga-se, por este contrato, a informar, aos seus beneficiários, titulares e dependentes, que os dados que fornecem, para cumprimento das obrigações da **CONTRATADA**,

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



contraídas em face do referido contrato, são dados pessoais sensíveis, cuja utilização depende da observância das regras a seguir fixadas, sendo, genericamente, constituídos de informações sobre:

- I. saúde;
- II. vida sexual;
- III. dados genéticos;
- IV. dados biométricos; e
- V. dados identificativos.

Parágrafo único. Quando o beneficiário for menor de 12 anos, será indispensável que a **CONTRATANTE** encaminhe à **CONTRATADA** autorização expressa do responsável pela criança para utilização, na execução do presente contrato, dos dados pessoais e pessoais sensíveis do mesmo, na forma do **anexo**.

Cláusula 52: A **CONTRATADA** compromete-se a utilizar tais dados tão somente para:

- I. execução das obrigações que aqui contrai, visando a execução de procedimentos de administração, no intuito de proteção da incolumidade física e psíquica dos beneficiários da **CONTRATANTE** e destinatário de seus serviços, para provimento dos serviços de saúde que são objeto deste contrato, neste sentido podendo compartilhá-los, sob as mesmas limitações, com entidades que compõem ou compartilham a administração de sua rede de serviços, ou fazê-los circular, na forma de prontuário eletrônico, diretamente perante executores dos atendimentos à saúde, sejam eles profissionais da saúde, sejam serviços de saúde ou autoridades sanitárias;
- II. tutela, sob as mais distintas formas, da saúde dos beneficiários, visando instrumentar, da melhor maneira possível, os procedimentos de saúde a serem realizados em favor direto, ou indireto, de tais beneficiários; e
- III. cumprimento de obrigações legais.

Cláusula 53: A **CONTRATADA** igualmente se obriga a utilizar tais dados de forma compatível com as finalidades acima expostas, apenas para fins de cumprimento dos objetivos do contrato, naquilo que for estritamente necessário, garantindo, com os meios razoáveis e práticas recomendadas pelos especialistas, sua privacidade fora dos casos de compartilhamento expressamente previstos nesse contrato.

Cláusula 54: Ficam, aos beneficiários ou àqueles que legalmente os representem, observadas normas básicas de segurança e proteção informática:

- I. assegurado o livre acesso à consulta sobre forma e duração do tratamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis; e
- II. garantida a transparência da **CONTRATADA** sobre as formas pelas quais os dados pessoais e pessoais sensíveis são manipulados e protegidos, bem como os mecanismos para evitar seu vazamento ou utilização indevida.

Cláusula 55: Os dados pessoais, inclusive sensíveis, podem ser compartilhados entre operadoras de saúde e prestadores de serviços integrantes da rede assistencial, sem objetivo de vantagem econômica contratualmente imprevista, para fins de possibilitar:

- I. a portabilidade de dados solicitada pelo beneficiário, nas hipóteses legais permitidas; e
- II. as transações financeiras e administrativas resultantes do uso e da prestação dos serviços de que trata este contrato.

Cláusula 56: A **CONTRATADA** poderá fornecer, quando solicitada, à **CONTRATANTE**, o compartilhamento de dados pessoais sensíveis dos beneficiários contratuais inscritos no plano, para efeitos de acompanhamento financeiro das contraprestações a serem pagas, reajustes e recomposições a serem fornecidas, desde que:

- I. utilize tais dados somente para conferência dos pagamentos realizados para a Operadora de Planos de Saúde e atividades conexas; e

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



II. não utilize tais dados para outras finalidades, mormente obtenção de vantagens econômicas, ou seleção de riscos, ou despedida de beneficiários.

§ 1º O fornecimento será dado no exato limite da necessidade dimensionada pela **CONTRATANTE**.

§ 2º Responsabiliza-se a **CONTRATANTE**, por este instrumento, perante a **CONTRATADA**, por todo o ônus de demandas dos seus beneficiários que tenham por base a circulação legalmente permitida dos dados pessoais sensíveis destes ou de seus dependentes, assumindo, tão logo seja cientificada da existência de demanda desta natureza, junto à **CONTRATADA**:

I. o custeio integral das defesas que esta tenha de fazer;

II. o encargo de procurar substituí-la na defesa processual de demandas desta natureza; e

III. o ressarcimento integral de todas as condenações que a última arque, em face de demandas desta natureza.

X. DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS

Cláusula 57: É assegurado ao beneficiário que contribuir com o pagamento da contraprestação econômica mensal deste contrato em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral de todos os custos contratuais.

§ 1º Não são considerados como contribuição os valores pagos pelo beneficiário relacionados aos dependentes e agregados, tampouco a coparticipação paga como fator de moderação na utilização dos serviços contratados.

§ 2º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **cabeçalho desta cláusula** será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no presente contrato, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 3º A cobrança dos custos contratuais será feita mediante envio de fatura, pela **CONTRATADA**, diretamente para o endereço residencial e/ou eletrônico do beneficiário titular, sendo que, na hipótese de inadimplemento, incidem as regras previstas nas **cláusulas 45, 46 e 47 do presente contrato**.

Cláusula 58: 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.

Cláusula 59: O benefício de manutenção é extensivo a todo o grupo familiar inscrito como beneficiário na vigência do contrato de trabalho, cabendo ao ex-empregado optar pela manutenção individual e com parte ou a integralidade do seu grupo familiar.

§ 1º Durante o período de gozo do benefício, o ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos, na condição de beneficiários dependentes.

§ 2º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes pelo período remanescente ao que o falecido tinha direito.

§ 3º A **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar as regras desta cláusula e das cláusulas 57 e 58 aos seus beneficiários.

Cláusula 60: O direito assegurado neste contrato não exclui vantagens obtidas pelos empregados em negociações coletivas de trabalho junto à **CONTRATANTE**.

Cláusula 61: O benefício de manutenção deixará de existir nas seguintes hipóteses:

I. decurso dos prazos de manutenção;

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



II. admissão do beneficiário em novo emprego, que possibilite o seu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou

III. rescisão do presente contrato.

Parágrafo único. Na hipótese de rescisão do presente contrato, a **CONTRATADA** possibilitará ao ex-empregado, em gozo do benefício de manutenção, a contratação de um plano de assistência à saúde, na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

Cláusula 62: Ao beneficiário aposentado que contribuir com o pagamento da contraprestação econômica mensal deste contrato em decorrência de vínculo empregatício pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral de todos os custos contratuais.

§ 1º Ao beneficiário aposentado que contribuir para o presente contrato por período inferior ao estabelecido no **cabeçalho desta cláusula**, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

§ 2º Aplicam-se, para o benefício de manutenção do aposentado, todas as condições estabelecidas para o benefício do demitido previstas nas **cláusulas acima**.

§ 3º A **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar as regras desta cláusula aos seus beneficiários.

XI. DURAÇÃO E EXTINÇÃO DO CONTRATO

Cláusula 63: O contrato começa na data de sua assinatura e vigora pelo prazo determinado de 12 (doze) meses, findo o qual será automaticamente renovado, passando a vigorar por prazo indeterminado, salvo manifestação em sentido contrário, por qualquer das partes, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, através de meio que comprove o seu recebimento.

§ 1º Podem as partes arrepender-se da celebração do contrato, contanto que o façam por escrito, em 7 (sete) dias úteis a contar de sua celebração, desde que não tenha havido utilização dos serviços contratados.

§ 2º Com exceção das despesas relativas à contratação, o arrendimento de que trata o § 1º **desta cláusula** não terá ônus.

§ 3º A denúncia unilateral, na vigência do prazo determinado, por qualquer das partes, sujeitará aquela que a fizer ao pagamento de multa equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades devidas até o final do prazo contratual determinado, ou ao valor completo destas, na hipótese de ter havido utilização contratual.

Cláusula 64: O contrato somente poderá ser livremente rescindido quando vigorar por prazo indeterminado, mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da hipótese de arrendimento e dos casos de rescisão motivada (resolução) nele previstos.

Cláusula 65: Rescinde-se motivadamente (resolução contratual) o contrato, sem a necessidade de pronunciamento judicial para isto:

I. por determinação da **CONTRATANTE**, quando houver sonegação dos serviços contratualmente previstos, pela **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; ou

II. por determinação da **CONTRATADA**, no caso de fraude devidamente comprovada; omissão dolosa de obrigações contratuais; e inadimplemento de valores contratualmente devidos pela **CONTRATANTE** ou por seus beneficiários, desde que, notificado do fato, não venha a atualizar completamente, no prazo

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



máximo de 5 (cinco) dias, com os acréscimos legais e contratuais, os valores devidos, ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.

Parágrafo único. Nas hipóteses previstas nesta cláusula, caberá à parte faltosa indenizar à parte que rescinde motivadamente o contrato, os prejuízos decorrentes do motivo da rescisão.

XII. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 66: O foro de discussão contratual é sempre o da comarca em que tiver sede a **CONTRATANTE**.

Cláusula 67: A **CONTRATANTE** declara sua autorização em receber documentos como comunicações e aditamentos contratuais através de via eletrônica, para o endereço eletrônico que registre junto à **CONTRATADA**.

§ 1º É da responsabilidade da **CONTRATANTE** comunicar alterações no seu endereço eletrônico, presumindo-se a recepção, na ausência de qualquer comunicado em sentido contrário, no endereço eletrônico que deixe registrado na **folha de rosto deste contrato**.

§ 2º Ainda, obriga-se a **CONTRATANTE**, por si e por seus beneficiários titulares vinculados, a manutenção atualizada dos dados cadastrais junto à **CONTRATADA**, seja em relação a si, seja em relação a seus dependentes, compreendendo-se dentro dos mencionados dados, mas não a estas se limitando, as informações relativas ao seu endereço residencial, endereço eletrônico, telefone residencial, e-mail, entre outros.

§ 3º Para tentativa de comunicação direta com a **CONTRATANTE** ou seus beneficiários titulares e/ou dependentes, a **CONTRATADA** utilizar-se-á de qualquer meio de contato disponibilizado nos moldes da **presente cláusula**, responsabilizando-se os primeiros por quaisquer prejuízos decorrentes de dados cadastrais equivocados ou desatualizados repassados à segunda.

Cláusula 68: A **CONTRATANTE**, na medida em que a **CONTRATADA** possibilitar razoavelmente sua manifestação em sentido contrário, pode, através de mensagens eletrônicas, comunicar alterações contratuais ou informações para conduta dos beneficiários através do meio eletrônico, presumindo-se, escoado o tempo razoável assinalado para oposição, a aceitação das alterações propostas.

Cláusula 69: As partes comprometem-se, no desenvolvimento deste contrato, a observar condutas de responsabilidade social e sustentabilidade, em especial as que seguem:

- I. adotar práticas socialmente responsáveis e comprometidas com a sustentabilidade e o equilíbrio ecológico, comprometendo-se com o bem-estar de seus colaboradores;
- II. não adotar práticas de discriminação de qualquer gênero; e
- III. abster-se de qualquer atividade que venha a constituir violação das disposições legais brasileiras anticorrupção.

Parágrafo único. A **CONTRATADA** compromete-se a comunicar à **CONTRATANTE**, de forma documentada e em prazo máximo de 3 (três) dias úteis, a partir da sua ciência, caso tenha conhecimento de situação que caracterize infração **desta cláusula**.

XIII. ENCERRAMENTO

Cláusula 70: Integram o contrato, ficando disponíveis à **CONTRATANTE** de forma impressa (uma unidade) ou eletrônica, à sua escolha:

- I. folha de rosto assinada pela **CONTRATANTE**, onde constem, entre outros, os seguintes dados:
 - a) razão social e nome fantasia;
 - b) inscrição no CNPJ/MF;
 - c) endereços físico e eletrônico;
 - d) representantes legais;

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



- II. carta de orientação ao beneficiário (impresso);
- III. declaração de saúde (impresso);
- IV. manual de orientação para contratação de planos de saúde (MPS);
- V. guia de leitura contratual (GLC);
- VI. tabela de preços incluindo valores de reembolso;
- VII. Guia médico e de serviços ou pela internet no endereço www.unimed-erechim.com.br ou na sede da Unimed Erechim;
- VIII. rol de procedimentos e eventos em saúde (RPES), editado pela ANS;
- IX. termo de ciência e concordância com envio de boletos pela via exclusivamente digital; e
- X. contrato coligado de serviços médicos em transporte aeromédico e terrestre.

§ 1º A **CONTRATANTE** reconhece ter recebido, em via física, os documentos acima assinalados como impresso.

§ 2º A **CONTRATANTE** reconhece ter sido orientado a ter acesso, junto ao portal eletrônico na internet da **CONTRATADA**, aos seguintes documentos: GM e RPES vigente.

§ 3º Havendo alteração dos elementos contratuais, será obrigação da **CONTRATADA** enviar à **CONTRATANTE**, por via impressa ou eletrônica, a critério da primeira, um exemplar de cada componente renovado, sendo que a **CONTRATANTE** ou qualquer beneficiário poderá obter, junto à **CONTRATADA**, cópia adicional do presente contrato e de seus elementos integrantes, contanto que pague as despesas de reprodução.

Assinam o presente em 2 (duas) vias, na presença de 2 (duas) testemunhas, ficando 1 (uma) para cada parte.

Erechim, RS 01 de outubro de 2025

CONTRATANTE

CONTRATADA

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



CONTRATO ADICIONAL ASSISTÊNCIA MÉDICA EM TRANSPORTE AEROMÉDICO E TERRESTRE

Cláusula primeira: O beneficiário da **CONTRATANTE** terá direito ao serviço de transporte terrestre ou aeromédico, exclusivamente para a remoção de um hospital onde esteja internado para outro hospital com melhores condições técnicas e mais adequado à continuidade do tratamento, desde que com mais de 50 (cinquenta) km de distância do primeiro, observados os limites geográficos do contrato e os seguintes requisitos:

- I. solicitação do médico responsável pelo atendimento do beneficiário, no hospital em que o paciente esteja internado;
- II. providência prévia, por parte do beneficiário ou seu responsável, quanto à escolha e reserva do local de atendimento médico para onde será transportado;
- III. cumprimento, por parte do beneficiário, da carência para a enfermidade que o acomete, prevista neste contrato;
- IV. pontualidade da **CONTRATANTE** com as obrigações previstas no contrato principal;
- V. avaliação, por equipe responsável pelos cuidados médicos de traslado, que não contra indique a realização do transporte, face ao estado de saúde do beneficiário e à 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 até o nosocômio; e
- VI. avaliação, por parte da equipe responsável pelo transporte aeromédico, da existência de adequadas condições de voo, na conformidade das regras e instruções estabelecidas para tráfego aéreo pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

Cláusula segunda: Somente será concedido o traslado 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 necessite de assistência intensiva;
- III. traumatismo de face, que necessite de cirurgia de reconstrução;
- 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 àqueles disponíveis 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;
- X. 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, se, no local onde for originariamente atendido, 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, necessitando-se de UTI comprovadamente 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);

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



- XVII. trauma torácico com contusão pulmonar e com alterações hemodinâmicas;
XVIII. asma grave refratária que necessite de ventilação mecânica, comprovadamente indisponível no local do atendimento inicial;
XIX. insuficiência renal aguda, que necessite de hemodiálise, comprovadamente indisponível no local do atendimento inicial;
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 necessite de curarização e ventilação mecânica;
XXIII. assistência em UTI, desde que não seja em virtude de tumores benignos ou malignos;
XXIV. politraumatismos com fraturas que necessitem de cirurgia, nas quais haja comprometimento de órgãos vitais, quando não houver, 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 houver condições técnicas;
XXVII. traumas vasculares, que necessitem de cirurgia, quando, no local do atendimento inicial, não houver condições técnicas;
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 traslado.
- § 2º Em nenhuma hipótese será concedido reembolso de despesas de traslado, o qual somente poderá ser realizado, para obtenção da cobertura prevista neste contrato, na forma no mesmo discriminada.
- § 3º 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 terceira: 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 portadores de:

- I. doenças infectocontagiosas;
- II. moléstias submetidas a tratamento com material radioativo ainda contaminante;
- III. de patologias incompatíveis com o transporte terrestre ou aeromédico;
- IV. doenças que os submetam a atos médicos em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica; e
- V. doenças ou transtornos psicológicos perigosos e violentos.

Cláusula quarta: A prestação dos serviços contratados será realizada através de entidade indicada pela CONTRATADA, que, no caso de transporte aeromédico, definirá o tipo de aeronave que enviará, respeitando suas disponibilidades e condições de aeronavegabilidade, bem como a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas, sempre obedecendo às normas e instruções da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

Cláusula quinta: Fica a entidade responsável pelo serviço de remoção terrestre ou aeromédica autorizada a executar todo e qualquer ato ou procedimento médico, contanto que seja adequado para o tratamento do beneficiário, quando de seu transporte.

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



Cláusula sexta: Fica a entidade que executar o serviço, em situações decorrentes de piora clínica do beneficiário; por deterioração das condições atmosféricas, de aeronavegabilidade; de defeito da aeronave e de qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido - autorizada a deslocar o beneficiário ao local mais adequado ao seu atendimento, nas circunstâncias do caso concreto.

Cláusula sétima: Os serviços de transporte terrestre ou aeromédico contratados são exclusivamente os aqui previstos, excluída a cobertura daqueles que não estão expressamente contemplados.

Assim acertados, firmam o presente em 2 (duas) vias de igual teor e conteúdo, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentais, ficando 1 (uma) para cada parte.

Erechim, RS 01 de outubro de 2025

 CONTRATANTE

 CONTRATADA

 TESTEMUNHA

 TESTEMUNHA

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial


**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA COM ENVIO
DE BOLETOS PELA VIA EXCLUSIVAMENTE DIGITAL**

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DA REGIAO DO ALTO URUGUAI razão social e nome fantasia, inscrita no Cadastro de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº **11.074.898/0001-69**, com endereço na **RUA MARECHAL FLORIANO**, nº **184**, Bairro **CENTRO**, no município de **ERECHIM/RS**, CEP nº **99700-236**, com endereço eletrônico **cirau@cirau.com.br**, nesse ato por seu representante legal, **PAULO SERGIO BATTISTI**, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o nº **539.357.300-63**, na condição de **CONTRATANTE** do plano de saúde correspondente ao produto de nome comercial e registro nº: **UNI.SERV.PROP.-EMP. -476.943/16-1** em que figura como **CONTRATADA** Unimed Erechim Cooperativa de Serviços de Saúde Ltda., inscrita no CNPJ/MF sob o nº **87.638.334.0001-73**, e na ANS sob o nº **35702-2**, com endereço na Avenida Sete de Setembro, nº 2001, Bairro Fátima, no município de Erechim-RS, CEP nº 99709-182, **DECLARA-SE**, para todos os fins, **CIENTE e DE ACORDO** com o envio dos boletos bancários referentes às contraprestações pecuniárias do(s) contrato(s) de assistência à saúde mantido(s) com a **CONTRATADA** única e exclusivamente pelo meio digital, ou seja, para o endereço de e-mail informado quando da contratação do(s) plano(s) de saúde supra, bem como nos portais disponibilizados para acesso de contratantes, no sítio eletrônico da Unimed Erechim e aplicativo da Unimed Brasil, não havendo nada a que reclamar, a qualquer título, pela ausência de envio dos boletos bancários pela via física, seja por meio dos correios ou qualquer outro modelo de entrega presencial.

Erechim, RS 01 de outubro de 2025

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



ANEXO VIII

Ilmo^a Sr^a Beneficiário do Plano de Saúde

Vimos, por meio desta, informar-lhe que seus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, em virtude do plano de saúde firmado em seu benefício e no de seus dependentes inscritos, são compartilhados com a operadora de plano de saúde contratada para administrar o plano.

Salientamos que a utilização serve exclusivamente para que a **CONTRATADA**:

a) cumpra suas obrigações como operadora de planos de saúde em função do plano de saúde celebrado;

b) execute procedimentos de administração, no intuito de proteção da incolumidade física e psíquica dos seus beneficiários, para provimento dos serviços de saúde que são objeto do contrato, podendo compartilhá-los, sob as mesmas limitações, com entidades que compõem ou compartilham a administração de sua rede de serviços, ou fazê-los circular, na forma de prontuário eletrônico, diretamente perante executores dos atendimentos à saúde, profissionais da saúde, serviços de saúde ou autoridades sanitárias, dentro de sua rede nacional, ou indiretamente, para os mesmos fins, com outras operadoras do Sistema Unimed;

c) tutele, sob as mais distintas formas, da saúde dos beneficiários, visando instrumentar, da melhor maneira possível, os procedimentos de saúde a serem realizados em favor direto, ou mesmo indireto, destes.

d) exerça a operadora seus direitos em processos administrativos, arbitrais ou judiciais.

e) atenda aos interesses legítimos seus, de co-controladores ou terceiros, respeitados direitos fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais.

Ficam, a V. S^a. e beneficiários, observadas normas básicas de segurança e proteção informática:

a) assegurado o acesso à consulta sobre forma e duração do tratamento dos dados;

b) garantida a transparência da CONTRATADA sobre as formas pelas quais os dados pessoais e pessoais sensíveis são manipulados e protegidos, bem como os mecanismos para evitar seu vazamento ou utilização indevida.

Erechim, 01 de outubro de 2025

CONTRATANTE

BENEFICIÁRIO

Classificação da informação

☐ Pública

☒ Interna

☒ Restrita

☐ Confidencial



Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	01
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.	01
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	01
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. À 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.	01
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto 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 com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	04 à 10
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	10 à 12
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	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.	12 e 13

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 seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	12
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), 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.	17 à 21
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	24
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	25
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 a 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.	20
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação 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.	23 e 24

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 Dique-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

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



**Ministério
da Saúde**



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

Disque - ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



Datas e horários baseados no fuso horário (GMT -3:00) em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinatura gerado em 20/10/2025 às 11:10:25 (GMT -3:00)

CONTRATO - CIRAU

 ID única do documento: #5e659253-2b4d-4f30-bea0-5a6633523096

Hash do documento original (SHA256): 5E0B3CD721395927E2EF608D6452387C3E175BB990D5D4ED8DBEE24AD6219BA5

Este Log é exclusivo ao documento número #5e659253-2b4d-4f30-bea0-5a6633523096 e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso.

Assinaturas (4)

- ✓ PAULO SERGIO BATTISTI (Contratante)
Assinou em 07/10/2025 às 15:12:32 (GMT -3:00)
- ✓ FLAVIO DE MELLO (Testemunha 1)
Assinou em 07/10/2025 às 15:47:05 (GMT -3:00)
- ✓ FERNANDA MAÍSA BREDÁ (Testemunha 2)
Assinou em 07/10/2025 às 15:55:45 (GMT -3:00)
- ✓ Felipe Santos Franciosi (Contratada)
Assinou em 20/10/2025 às 11:10:25 (GMT -3:00)

Histórico completo

Data e hora	Evento
07/10/2025 às 11:21:59 (GMT -3:00)	Fernanda Maisa Breda solicitou as assinaturas.
07/10/2025 às 15:12:32 (GMT -3:00)	PAULO SERGIO BATTISTI (CPF 539.357.300-63; E-mail cirau@cirau.com.br; IP 132.255.34.14), assinou via email. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em https://verificador.contraktor.com.br . Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2º.



Data e hora

07/10/2025 às 15:47:05
(GMT -3:00)

Evento

FLAVIO DE MELLO (CPF 783.179.590-15; E-mail flavio.mello@unimed-erechim.com.br; IP 187.45.127.158), assinou via email. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

07/10/2025 às 15:55:45
(GMT -3:00)

FERNANDA MAÍSA BREDÁ (CPF 038.846.060-18; E-mail fernanda.breda@unimed-erechim.com.br; IP 187.45.127.158), assinou via email. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

20/10/2025 às 11:10:25
(GMT -3:00)

Felipe Santos Franciosi (CPF 973.700.700-00; E-mail felipe.franciosi@unimed-erechim.com.br; IP 187.45.127.158, 35.190.35.80, 35.191.93.232), assinou via email. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

20/10/2025 às 11:10:25
(GMT -3:00)

Documento assinado por todos os participantes.