**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL Nº 0001/2017 – DATADO DE 20 DE SETEMBRO DE 2017, ENTRE O MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA E A UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA – FED.EST.COOP. MÉDICAS. UNIFLEX NACIONAL CUSTO OPERACIONAL (PÓS-PAGAMENTO)**

**PLANO REFERÊNCIA - ACOMODAÇÃO COLETIVA**

# PROCESSO Nº 0001/2017

# PREGÃO Nº 0001/2017

# CLÁUSULA PRIMEIRA - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

1. **QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

**UNIMED DP ESTADO DE SANTA CATARINA FED ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**

CNPJ:76.590.884/0001-43 Registro da Operadora na ANS n° **35.569-1**

Classificação: Cooperativa Médica

Endereço: Rua Otto Boehm, nº 478, CEP. 89.201-700, Bairro: América, Cidade: Joinville – SC, neste ato representada pelo seu diretor Presidente Dr., **ALBERTO GUGELMIN NETO**, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF sob nº 774.008.449-20 e RG sob nº 1.366.201.

1. **QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE**

**MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA - SC**, pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº. 82.826.462/000-27, com sede a Rua XV de novembro, 26, em Arroio Trinta - SC, doravante denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **CLAUDIO SPRÍCIGO**, brasileiro, casado, portador do CPF nº 551.995.939-00 e CI nº 10/R-1.912.533, residente e domiciliado na Rua Orlando Zardo, 33 no município de Arroio Trinta – SC – Santa Catarina.

1. **NOME COMERCIAL DO PLANO: UNIFLEX NACIONAL EMP REF CUSTO OPERAC**

**Nº DO REGISTRO NA ANS: 464590111**

1. **) TIPO DE CONTRATAÇÃO:** O presente contrato observa o **Regime** **de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.
2. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:** Plano-Referência previsto na Lei 9656/98, que abrange as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação coletiva.
3. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

A área de abrangência geográfica do presente contrato é nacional, compreendendo todo território nacional.

1. **ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

A área de atuação do presente contrato é todo o território nacional.

1. **PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO**

A internação se dará em quarto coletivo.

**§ 1º -** Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

**§ 2º -**  Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

**i) FORMAÇÃO DE PREÇO**

Trata-se de plano de assistência à saúde com valores pós-estabelecidos pelo sistema custo operacional, onde o valor da contraprestação pecuniária mensal é pago pelo CONTRATANTE após a realização das despesas com as coberturas contratadas.

# CLÁUSULA SEGUNDA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preços pós-estabelecidos pelo sistema custo operacional, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na segmentação referência. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, **vigente à época do evento.** Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

**§ 1º -** O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

# CLÁUSULA TERCEIRA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE**

O plano coletivo empresarial se destina as **pessoas jurídicas** que mantém vínculo empregatício ou estatutário com o beneficiário titular.

§ 1º - Por ocasião da contratação do plano de saúde o CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos abaixo:

1. Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:

* Cópia do: contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;

1. **Apresentar:**

* a relação dos funcionários inscritos no FGTS;

1. **Preencher e assinar:**

* Contrato e Proposta de Contratação;

1. O número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 100 (cem) beneficiários.

**§ 2º -** O CONTRATANTE informará a CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir novos beneficiários ou excluir a qualquer momento, observadas as condições de admissão.

**§ 3º -** A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais que atestem a condição de dependência.

§ 4º - É de responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, quaisquer alterações dos dados cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes (endereço, telefone, documentação, dentre outras). O CONTRATANTE também fica obrigado a fornecer a qualquer momento informações para, atualizar ou complementar os dados junto a CONTRATADA, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor, inclusive quanto ao fornecimento do número de CPF dos dependentes inscritos no plano, cuja informação se torna obrigatória, conforme Receita Federal a partir dos 14 (quatorze) anos.

**§ 5º -** Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

**II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

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

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

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

1. sócios da pessoa jurídica contratante;
2. administradores da pessoa jurídica contratante;
3. trabalhadores temporários;
4. estagiários e menores aprendizes;
5. quando o plano for contratado na forma da Lei 8.666/93, a pessoa jurídica contratante poderá inscrever:
   * os aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante.
   * os agentes políticos.

**§ 1º -**  Também poderão ser inscritos os dependentes do beneficiário titular abaixo indicados:

1. o cônjuge;
2. a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
3. os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
4. os enteados solteiros até 24 anos incompletos;
5. a criança ou adolescente solteiro, até 24 anos incompletos, sob a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
6. incapazes a partir de 24 anos: filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular.

**§ 2º -** Os beneficiários dependentes solteiros inscritos neste plano, listados nos itens “c, d, e” do parágrafo acima, que completarem 24 anos poderão ser mantidos enquanto permanecerem solteiros até o limite de 35 anos, mediante manifestação do CONTRATANTE de desejo de continuidade do plano.

**§ 3º -** O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular no plano.

**§ 4º -** É assegurada a inscrição de recém-nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;
2. Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;
3. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;
4. Sem imposição de carências e análise de DLP;
5. Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda ou tutela;
6. Seja paga a inscrição e as taxas cabíveis do recém-nascido no vencimento.

**§ 5º -** Também é assegurada a inscrição de menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela e filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. A inscrição deve ser realizada em até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção ou reconhecimento da paternidade;
2. Sem imposição de carências e análise de DLP;
3. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;
4. Seja apresentada a certidão de nascimento, termo de guarda ou tutela, ou sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
5. Seja paga a inscrição e as taxas cabíveis no vencimento.

**§ 6º -** A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo CONTRATANTE a CONTRATADA.

**§ 7º -** A inscrição do beneficiário titular e dependentes, fica condicionada a apresentação e preenchimento da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

1. **Preencher e assinar:**

* Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE;

1. **Apresentar:**

**TITULAR**

* **Cópia** do CPF, CNS, RG ou RIC;
* **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove. Abaixo exemplos de comprovante de residência:

- Conta de água, luz ou telefone;

- Contrato de Locação; e

* Declaração de endereço.
* **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**

1. **Funcionários:**

* Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo); ou
* Cópia da Ficha de Registro do Empregado – assinada e carimbada pela empresa; ou
* Contracheque, folha de pagamento.

1. **Temporário, estagiário ou menor aprendiz:**

* Contrato de Trabalho; ou
* Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro).

1. **Sócios:**

* Contrato Social.

1. **Administradores:**

* Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica;

1. **Agente Político:**

* Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.

1. **Os aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante:**

**-** Portaria comunicando a aposentadoria.

**DEPENDENTES**

* **Esposo(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento;
* **Companheiro(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
* **Filhos menores de 14 anos:** Cópia CNS, Cópia da Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;
* **Filhos a partir de 14 anos:** Cópia do CPF, CNS e RG;
* **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
* **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos menores de 14 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
* **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 anos e comprovação de convivência do casal;
* **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular;
* **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos a partir dos 14 anos e Termo de Curatela.

# CLÁUSULA QUARTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados e profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, respeitadas as:

1. **Diretrizes de Utilização – DUT:** Que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol;
2. **Diretrizes Clínicas – DC:** Que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória; e
3. **Protocolo de Utilização – PROUT**: Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.

**§ 1º -** A cobertura deverá ser assegurada independentemente da circunstância e local de origem do evento, respeitada a área de abrangência e atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas. E incluirá:

1. assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;
2. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. As áreas de atuação médica estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas;
3. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
4. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;
5. cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
6. cobertura de consultas/sessões de: fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física) fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;**
7. sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS**;
8. ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:
9. **planejamento familiar**: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
10. **concepção:** fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
11. **anticoncepção:** prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
12. **atividades educacionais:** são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
13. **aconselhamento**: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
14. **atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.
15. cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
    1. hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
    2. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
    3. medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso,conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
    4. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
    5. procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
    6. hemoterapia ambulatorial;
    7. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
16. participação do médico anestesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
17. atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:
18. a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;
19. internação psiquiátrica: custeio integral, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em estabelecimento integrante da rede própria ou credenciada da Contratada;

* Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

1. hospital-dia para transtornos mentais é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar;
2. a cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.
3. todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;
4. despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;
5. toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
6. cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
7. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
8. que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação contratada e carências;
9. exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
10. órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA;
11. é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a **prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões)** das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
12. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
13. em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora.
14. tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a abrangência geográfica, a segmentação do plano e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
15. entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
16. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) **não são considerados tratamento de complicações**, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.
17. estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;
18. cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
19. é assegurada a cobertura de um acompanhante durante o período de internação, incluindo despesas com acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, nos casos abaixo; ressalvada contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante.

a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e

c) pessoas com deficiências.

1. as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, **para segmentação hospitalar**, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais, ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;
2. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar:
3. inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;
4. a necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
5. cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção;
6. procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar **e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:**

* 1. hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
  2. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
  3. medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso,conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
  4. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
  5. hemoterapia;
  6. nutrição parenteral ou enteral;
  7. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
  8. embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
  9. radiologia intervencionista;
  10. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  11. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
  12. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

1. cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;
2. cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
3. atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
   1. cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou tutela, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
   2. cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo: paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital; ressalvada contraindicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

* entende-se como pós-parto imediato o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

1. transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:
2. nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados, entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo:
   1. despesas assistenciais com doadores vivos;
   2. medicamentos utilizados durante a internação;
   3. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
   4. despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).
3. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.
4. transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
5. transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS**.

# CLÁUSULA QUINTA – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

* empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
* são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
* empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.

1. procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
2. inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
3. métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;
4. tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
5. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde:

* importados não nacionalizados, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
* medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;
* Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no rol de eventos em saúde vigente.

1. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
2. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet ([www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br));
3. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
4. casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
5. estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
6. transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
7. consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;
8. consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como *home care*;
9. tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);
10. os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
11. remoções não previstas na cláusula de “Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso” prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;
12. todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, **vigente à época do evento;**
13. **procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com parte do** Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;
14. procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
15. os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS tem cobertura assegurada quando solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado e as solicitações realizadas pelo cirurgião dentista, devidamente habilitado, com finalidade de auxiliar no diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológico.

§ 1º - A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

§ 2º - A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

# CLÁUSULA SEXTA - DURAÇÃO DO CONTRATO

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo CONTRATANTE, ou conforme negociação entre as partes, desde que até o início da vigência estabelecida não tenha ocorrido nenhum pagamento.

§ 1º - A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

§ 2º - A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, afim de que surtam efeitos no mês subsequente.

**§ 3º -** O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

**§ 4º -** Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado sem cobrança de qualquer taxa ou valor, a título de renovação.

# CLÁUSULA SÉTIMA - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO

O atendimento de urgência, emergência, remoção e reembolso observará as condições abaixo e atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data do evento.

**I – Atendimento de urgência e emergência:**

Para efeito da presente cláusula, considera-se:

a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

**§ 1º -** Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano (titular ou dependente, conforme o caso), é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

**II – Remoção:**

A CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas situações abaixo descritas, em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital, comprometendo-se o CONTRATANTE pelo pagamento da remoção:

**§ 1º -** **Após atendimentos classificados como urgência ou emergência** a CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente na seguinte situação:

* 1. se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a CONTRATADA garantirá asua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento.
  2. Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:

1. De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
2. De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
3. De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.
4. De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.
   1. Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:
5. de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.
6. de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

**§ 2º -** Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

**III - Reembolso:**

Considerando que o referido plano de saúde não possui característica de livre escolha de prestadores para atendimento, os beneficiários inscritos pelo CONTRATANTE terão assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovados:

§ 1º - Reembolso em conformidade com disposto no inciso VI do artigo 12 da Lei 9656/98 em caso de atendimento de urgência e emergência:

1. Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.
2. O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano, repassando-se o custo para as faturas, conforme prevê a cláusula Formação de Preço e Mensalidade.

**§ 2º -** Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa nº 259 ou outra norma que venha a substituí-la, para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo; repassando-se o custo para as faturas, conforme prevê a cláusula Formação de Preço e Mensalidade:

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

**§ 3º -** O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

**§ 4º -** A contagem do prazo para garantia do atendimento se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

**§ 5º -** A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário, junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas *(cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento).* Necessário apresentar também:

1. Em caso de atendimento de urgência ou emergência: laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitido pelo médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou

1. Em caso de atendimento eletivo: número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.
2. Em caso de procedimentos que contenham Diretrizes de Utilização (DUT): laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitidos pelo médico que solicitou ou realizou o procedimento, atestando e comprovando que o beneficiário cumpre a DUT.

**§ 6º -** A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual **reembolso do valor devido**.

# CLÁUSULA OITAVA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

**I. Cartão de Identificação**

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

**§ 1º -** Antes da primeira utilização do cartão, inclusive nas renovações, este deverá ser desbloqueado pelo beneficiário titular do plano, conforme orientações constantes na etiqueta do cartão.

**§ 2º -**  Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE a imediata devolução dos cartões individuais de identificação do plano de saúde, pois os atendimentos realizados a partir da data de exclusão são considerados indevidos e as despesas decorrentes, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de responsabilidade do CONTRATANTE.

**§ 3º -** Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R$22,26(Vinte e dois reais e vinte e seis centavos), podendo ser reajustada conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

**II. Condições de Atendimento e Autorização Prévia**

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

**§ 1º -** A CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) de preferência nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados nacionalizados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

**§ 2º -** A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo profissional solicitante, pelo médico da operadora e por um terceiro profissional, escolhido de comum acordo pelos dois primeiros, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

**§ 3º -** O atendimento e autorização observará:

1. **Consultas Médicas:** os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;
2. **Consultas/Sessões com: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista:** são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;
3. **Sessões de psicoterapia:** são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;
4. **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas:** são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento. Em caso de divergência médica, será aplicado mecanismo de junta médica acima previsto;
5. **Os exames complementares e serviços auxiliares:** devem ser executadosnos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento;
6. **Cirurgia buco-maxilo-facial:** é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);
7. Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso: o fornecimento será indicado pela CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;
8. Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para tratamento de artrite reumatoide, artrite psoriásica, doença de crohn e espondilite anquilosante: a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.

**§ 4º -** As regras acima não se aplicam no atendimento de urgência ou emergência, devidamente declarada pelo médico assistente, estando assegurado liberação imediata dos procedimentos.

**§ 5º -** Não caberá a aplicação de nova contagem de prazo para garantia de atendimento nos termos da legislação vigente na data do atendimento, nas seguintes situações:

1. Na continuidade do tratamento de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento. Respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;
2. No procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos”, que serão autorizados conforme prescrição do médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

**§ 6º -** Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

**§ 7º -** Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

**§ 8º -** Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá comunicar à CONTRATADA, através do telefone informado no verso do cartão do plano de saúde, para o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

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

**§ 9º -** Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

**§ 10º -** Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no **Guia eletrônico através do sítio:** [**www.unimed.coop.br/santa**](http://www.unimed.coop.br/santa)**catarina , sob a indicação de Rede NA04. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”, conforme previsto na Cláusula Disposições Gerais.**

**§ 11º -** Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 365/14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outra que a substitua. Informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: [**www.unimed.coop.br/santa**](http://www.unimed.coop.br/santa)**catarina** e na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no verso do cartão.

**§ 12º -** A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
2. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
3. Nos casos de substituição ou suspensão temporária do estabelecimento hospitalar em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição por vontade da CONTRATADA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para redimensionamento de rede e posteriormente deverá comunicar ao CONTRATANTE.
5. A redução do número de prestadores da rede do plano não implica em qualquer direito de redução dos valores de mensalidade fixados.

# 

# CLÁUSULA NONA – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Trata-se de plano de assistência à saúde com valores pós-estabelecidos pelo sistema custo operacional, onde o valor da contraprestação pecuniária mensal é pago pelo (a) CONTRATANTE após a realização das despesas com as coberturas contratadas.

§ 1º - Os valores referentes aos procedimentos realizados pelos beneficiários serão cobrados da CONTRATANTE conforme especificações abaixo, acrescidos das taxas a que se refere o parágrafo abaixo:

* 1. consultas, honorários médicos e SADT (Serviço de Auxiliares, Diagnose e Terapia) conforme valores ou parâmetros estabelecidos nas tabelas de Referência Unimed, independentemente do custo efetivo dos serviços;
  2. materiais e medicamentos, diárias e taxas conforme valores cobrados pelos prestadores de serviços assistenciais.

**§ 2º -** As tabelas de Referência compreendem:

1. **Tabela de Referência Local**: será aplicada sempre que o atendimento for realizado na área de atuação da Unimed Local onde foi contratado o plano de saúde.
2. **Tabela de Referência Intercâmbio Estadual** - será aplicada sempre que o atendimento for realizado dentro do Estado de Santa Catarina e fora da área de atuação da Unimed local onde foi contratado o plano, acrescido de uma taxa de intercâmbio de 7,5%(sete vírgula cinco por cento).
3. **Tabela de Referência Intercâmbio Nacional** – será aplicada sempre que o atendimento for realizado fora do Estado de Santa Catarina acrescido de uma taxa de intercâmbio de 5%(cinco por cento).

**§ 3º -** **No caso de a**tendimentos realizados em **prestadores** que não**utilizam** a tabela de referência do intercâmbio, seja estadual ou nacional, serão cobrados da CONTRATANTE os valores pagos pela CONTRATADA aos respectivos prestadores e ou reembolsados ao beneficiário.

**§ 4º -** O CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, cumulativamente, consoante especificação na Proposta de Contratação os valores abaixo:

1. Taxa de Inscrição, por beneficiário (titular ou dependente) incluído no Plano;
2. Taxa Mensal de Manutenção, por beneficiário (titular ou dependente);
3. Taxa de Administração calculada sobre os valores dos serviços a que se refere o caput.

**§ 5º -** Por se tratar de plano com preço pós estabelecido, na modalidade custo operacional, é vedado o CONTRATANTE estabelecer e cobrar dos beneficiários qualquer valor ou taxa mensal fixa, para a manutenção do plano de saúde.

**§ 6º -** É vedado também, o CONTRATANTE repassar aos beneficiários o custo integral dos atendimentos realizado. A participação financeira dos beneficiários nos atendimentos realizados somente se dá a título de fator moderador de uso, limitado a 30%, (trinta por cento), conforme determina a Súmula Normativa ANS nº 09/05.

**§ 7º -** A participação financeira do(a) Contratante do beneficiário no custeio dos atendimentos realizados, se dará conforme condições especificadas na Proposta de Contratação, no campo Rateio de Custos, que é parte integrante deste contrato.

**§ 8º -** O CONTRATANTE reconhece o extrato de serviços prestados destinados a identificar a utilização dos bens e serviços objeto do presente contrato.

**§ 9º -** Havendo dúvidas em relação ao extrato de serviços prestados o CONTRATANTE deverá apresentar no prazo máximo de 30 dias, após a data do recebimento da fatura de cobrança, as contestações para análise da CONTRATADA, devendo esta apresentar os esclarecimentos em até 30 dias, a contar da data de registro do recebimento das contestações.

**§ 10º -** O CONTRATANTE assume em caráter irrevogável, irretratável e integral a responsabilidade pelo pagamento dos ressarcimentos exigidos nos termos da Lei 9656/98, artigo 32 e demais disposições legais, na hipótese de utilização dos serviços do SUS, por seus inscritos.

**§ 11º -** Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

**§ 12º -** Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

**§ 13º -** Em caso de suspensão ou rescisão do presente contrato, por qualquer que tenha sido o motivo, incumbe ao CONTRATANTE o pagamento dos valores relativos aos serviços já realizados, acrescidos dos valores especificados nesta Cláusula, ainda que a CONTRATADA não tenha processado as respectivas faturas.

# CLÁUSULA DÉCIMA - REAJUSTE

Os valores a que se referem a Cláusula de Formação de Preço e Mensalidade, serão reajustados conforme segue:

1. Taxa de inscrição e taxa mensal de manutenção: a cada 12 meses tendo como parâmetro a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preço do Mercado) ou outro índice que o substitua;
2. A atualização dos valores referentes aos procedimentos realizados pelos beneficiários a que se refere à cláusula Formação de Preços e Mensalidade, parágrafo primeiro, se dará em conformidade com o contrato pactuado entre operadora e a rede prestadora de serviços assistenciais, dentro dos parâmetros estabelecidos na Resolução Normativa nº 363/2014 e atualizações da ANS.

# CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

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

**I – MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EX-EMPREGADOS**

Os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, que trata do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para o plano de saúde, não se aplicam ao plano de saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, quando a participação do empregado se dá apenas no pagamento de coparticipação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica. Ressalvada a hipótese do beneficiário já ter contribuído no pagamento de planos anteriores em pré-pagamento ou pós-pagamento na opção rateio, mantidos pelo mesmo empregador, nesta ou em outra operadora, sem interrupção, conforme determina a RN 279/11. Nesta situação, a CONTRATANTE deverá contratar um plano exclusivo para ex-empregados na modalidade pré-pagamento.

**II - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO**

Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, pelo valor de tabela de vendas vigente na data daopção. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

**§ 1º -** Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

**§ 2º -** É de responsabilidade do CONTRATANTE comunicar aosbeneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

# CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Será excluído do contrato o beneficiário titular e dependentes, quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual e também, nas situações abaixo:

1. **POR INTERESSE DO BENEFICIÁRIO TITULAR**
2. mediante solicitação do titular ao CONTRATANTE, devendo este(a) comunicar a CONTRATADA no prazo de até 30 dias do pedido. Neste caso, a exclusão terá efeito terá efeito a partir da data de ciência da CONTRATADA.
3. o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente a CONTRATADA, caso esta não seja comunicada pelo CONTRATANTE no prazo de 30 dias do pedido a que se refere o item anterior. A exclusão, nesta hipótese, terá efeito imediato sem a anuência do CONTRATANTE.
4. **POR INTERESSE DO CONTRATANTE,** com efeito a partir da data limite estabelecida com a CONTRATADA, para as situações abaixo:
5. mediante comunicação escrita do CONTRATANTE remetida à CONTRATADA;
6. perder o vínculo com o CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano.

1. **POR INTERESSE DA CONTRATADA,** com efeito a partir da data informada por esta, nas situações abaixo:
2. por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente; permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa; entre outras;
3. não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com do CONTRATANTE;
4. os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

**§ 1º -** Aexclusão do beneficiário titular implica, consequentemente, na exclusão dos respectivos dependentes.

**§ 2º -** A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com do CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

# CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O não pagamento integral das faturas na data do vencimento implicará na suspensão ou rescisão do contrato, a critério da CONTRATADA.

**§ 1º -** O presente contrato rescindir-se-á, também:

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

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

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

1. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
2. por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
3. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
4. se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

**§ 2º -** É de responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato em tempo hábil para que os beneficiários possam exercer a opção de contratação de plano individual ou familiar nos termos do item II da cláusula “Regras para Planos Coletivos”.

**§ 3º -** Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

**§ 4º -** Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido.

**§ 5º -** Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensa, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas a CONTRATANTE.

# CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DISPOSIÇÕES GERAIS

**I – DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE**

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e Tabela com os valores de procedimentos.

**§ 1º -** A CONTRATADA comunicará à CONTRATANTE, eventuais alterações publicadas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar que modifiquem o instrumento jurídico originalmente firmado e se aplicam automaticamente aos contratos vigentes, sem determinação de formalização de aditamento contratual por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**§ 2º -** A CONTRATADA disponibilizará acesso individualizado para titulares e dependentes ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, disponível no endereço eletrônico: www.unimed.coop.br/santacatarina, Devendo a CONTRATANTE realizar a comunicação aos beneficiários.

**II – REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS**

A possibilidade de escolha do CONTRATANTE é restrita aos prestadores de serviços listados no sítio indicado na cláusula Mecanismos de Regulação. **O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”, como por exemplo:**

* **Brasília (DF):** Hospital Santa Lúcia; Fundação Zerbini; HCBR - Hospital do Coração; Hospital Anchieta;
* **Guarulhos (SP):** Hospital Carlos Chagas S/A;
* **Porto Alegre (RS):** Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus;
* **Recife (PE):** Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial São José, Hospital Santa Joana, Hospital Esperança, Hospital Real Português e HOPE - Hospital de Olhos de Pernambuco;
* **Rio de Janeiro (RJ):** Hospital de Clínicas de Niterói LTDA; Hospital Pasteur; Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde São José, Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, DH - Day Hospital, Hospital Barra D´Or Medise, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE - Hospital São Lucas, Instituto Minesota (Vila Serena), Procardíaco – Pronto Socorro Cardiológico, Protocor Pronto Socorro, Clínica Cardiológica, Hospital Quinta D`Or, Hospital Copa D`Or, Hospital Samaritano, Casa de Saúde Santa Lucia, Sociedade Beneficente Israelita do RJ;
* **Salvador (BA):** Clínica Infantil de Urgência Ltda – PROBABY; Fundação José Silveira - Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital CPI (Pediátrico), Hospital Espanhol, Hospital Português, Hospital Salvador, Monte Tabor – Centro Italo-Brasileiro de Promoção Sanitária – Hospital São Rafael, Hospital Santa Mônica e Brasil Memorial S/A;
* **São Bernardo do Campo (SP):** Hospital e Maternidade Assunção S/A, Hospital Príncipe Humberto S/A e Neomater S/C Ltda.
* **São José do Rio Preto (SP):** Sociedade Portuguesa de Beneficência;
* **São Paulo (SP):** Hospital e Maternidade Brasil; Hospital Beneficência Portuguesa, Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo, Hospital Anchieta, Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., Hospital São Luiz - Unidade Itaim, Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Morumbi; Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Tatuapé; Hospital Santa Catarina, Hospital Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A, Incor – Instituto do Coração, Pronto Socorro Infantil Sabara S.A, Pro-Matre Paulista S.A., Fundação Adib Jatene (Dante Pazzanese), Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Edmundo Vasconcelos (Gastroclínica), Hospital Samaritano, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Isabel), Hospital Cidade Jardim Ltda, Hospital e Maternidade São Camilo - Pompéia;
* **Sobral (CE):** Santa Casa Misericórdia de Sobral;
* **Manaus (AM):** Hospital Santa Julia Ltda;
* **Porto Velho (RO):** CEOF – Centro Especializado em Oftalmologia;

§ 3º - Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante de Sistema Nacional Unimed, é possível que prestadores de serviços não incluídos no endereço eletrônico acima referido, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do Sistema Unimed, o que não implica em obrigação da CONTRATADA em prestar serviços nos referidos prestadores.

**III - SIGILO MÉDICO**

Compromete-se da CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

**IV - CANAIS DE ATENDIMENTO**

A CONTRATADA disponibiliza canais de atendimento presencial e telefônico, para fornecer informações e orientações assistenciais, solicitações de atendimento, esclarecer dúvidas, receber e tratar sugestões e reclamações. Os canais de atendimento telefônico (SAC e Ouvidoria) deverão ser informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde entregue ao(s) beneficiário(s). O endereço para atendimento presencial deverão ser informados na página: [www.unimed.coop.br/santacatarina](http://www.unimed.coop.br/santacatarina)

* SAC: Atendimento telefônico gratuito e funciona 24 horas nos 7 dias da semana.
* Portal da Operadora, canal do beneficiário PIN-SS: Acesso às informações cadastrais; atualização cadastral, guia médico, despesas assistenciais com o plano, cancelamento do plano, 2º via de boleto de pagamento, demonstrativo para o Imposto de Renda, chat online para deficientes auditivos e de fala, entre outros. Disponível no endereço eletrônico: [www.unimed.coop.br/santacatarina](http://www.unimed.coop.br/santacatarina);
* Correspondências: As demandas por meio de correio podem ser remetidas à CONTRATADA no endereço da sede: Rua Otto Boehm, 478 - Joinville/ SC - CEP: 89201-700.
* Ouvidoria: Tem o compromisso de reanalisar e orientar os beneficiários que já registraram a sua manifestação ao SAC e obtiveram retorno neste canal, mas por algum motivo não ficaram satisfeitos com o resultado da sua solicitação.

# CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – FORO

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

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

Arroio Trinta – SC, 20 de setembro de 2017.

**MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA**

**CNPJ 82.826.462/0001-27**

**CLAUDIO SPRICIGO**

**PREFEITO MUNICIPAL**

**CONTRATANTE**

**UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**FED. ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**

**CNPJ 76.590.884/0001-43**

**DR. ALBERTO GUGELMIN NETO**

**DIRETOR PRESIDENTE**

**CONTRATADA**

**TESTEMUNHAS:**

**CHEILA APARECIDA BONASSA**

**CPF Nº: 062.313.109-90**

**MARILIA BORGA FERRONATO**

**CPF Nº: 066.042.359-63**

**CONTRATO Nº 0001/2017**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO – 0001/2017**

**PREGÃO Nº 0001/2017**

**CONTRATADA: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**OBJETO: CONTRATAÇÃO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAUDE**