



PROPOSTA DE CONTRATO

CLIENTE: CANDELARIA CAMARA DE VEREADORES
CNPJ/CAEPF: 89.198.428/0001-02
FONE: (51) 9989.96648
E-MAIL: tesouraria.camaracandelaria@gmail.com
PESSOA DE CONTATO: ALICE

PRODUTO: TOTAL CLASS B2 EMP SLIM - 497886242
FORMA DE CONTRATAÇÃO: Pré-Pagamento
SEGMENTAÇÃO: Ambulatorial Hospitalar
ÁREA DE ABRANGÊNCIA: Nacional
REDE: Básica
ACOMODAÇÃO HOSPITALAR: Semi Privativa
COPARTICIPAÇÃO: Com Coparticipação
MÓDULOS OPCIONAIS: CMB COM ODONTO
VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO INCLUSO NA VIGÊNCIA DO CONTRATO: 50% do valor da primeira mensalidade integral por beneficiário incluso
VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO PARA INCLUSÕES POSTERIORES A VIGÊNCIA DO CONTRATO: 50% do valor da primeira mensalidade integral por beneficiário incluso

QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: 41			
Faixa etária	Mensalidade	Faixa etária	Mensalidade
0 - 18 anos	R\$ 261,45	39 - 43 anos	R\$ 496,77
19 - 23 anos	R\$ 274,53	44 - 48 anos	R\$ 653,64
24 - 28 anos	R\$ 300,67	49 - 53 anos	R\$ 862,80
29 - 33 anos	R\$ 339,89	54 - 58 anos	R\$ 1.137,33
34 - 38 anos	R\$ 392,19	59 ou mais	R\$ 1.566,11

VALOR DOS MÓDULOS OPCIONAIS POR BENEFICIÁRIO COM:	
Até 65 anos no momento da contratação:	R\$ 9,90
Acima de 65 anos no momento da contratação:	R\$ 8,85

PCRED02

INÍCIO DA VIGÊNCIA: 12/05/2025

Nome do Consultor de Vendas: **Gabriele Back Carvalho**

Data da Proposta: **02/05/2025**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AMBULATORIAL - HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL**

I. CONTRATANTE E CONTRATADA

Contratante: **CANDELARIA CAMARA DE VEREADORES**

CNPJ/CAEPF: **89.198.428/0001-02**

Endereço: **RUA FREDERICO GEWEHR, 1000**

Bairro: **CENTRO**

Município: **CANDELARIA** CEP nº: **96930-000**

Telefone: **(51) 9989.96648**

E-mail: **tesouraria.camaracandelaria@gmail.com**

Dados do Representante Legal:

Nome: **JAIRA INES DIEHL**

Profissão: **VEREADORA**

CPF Nº

End. Residencial: **RUA PRINCESA ISABEL, 241**

Bairro: **ESMERALDA** Município: **CANDELARIA**

CEP Nº: **96930-000**

Telefone: **(51)99782.8755**

E-mail: **vereadorajaira@camaracandelaria.rs.gov.br**, conforme ficha cadastro anexa, adiante chamado **CONTRATANTE**.

Operadora: UNIMED - Cooperativa de Serviços de Saúde dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda, sociedade cooperativa constituída na forma da Lei 5.764/71, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 87.300.448/0001-09, operadora de planos privados de assistência à saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 30.639-8, e classificada na modalidade Cooperativa Médica, com sede na Av. Pirai, nº 155, Bairro São Cristóvão, CEP 95913-148, em Lajeado – RS, representada na forma de seu estatuto social, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



II. TIPO DE CONTRATO

Nome comercial e Número de registro na ANS: TOTAL CLASS B2 EMP SLIM – 497886242

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial: este plano oferece cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Abrangência Geográfica: Nacional

Rede de atendimento: Básica.

Área de atuação: Este plano contempla todas as coberturas de assistência à saúde contratadas, desde que realizadas nos serviços médicos cooperativados e serviços auxiliares, próprios, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA** em todo território nacional.

Padrão de Acomodação: O padrão de acomodação em internação hospitalar é **Semi-privativo**. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA** é garantido ao “Beneficiário” o acesso a acomodação em nível superior, sem ônus adicional, até vagar a acomodação contratada.

Formação do preço: contrato com preço preestabelecido, com valores fixados com base em cálculos atuariais, pelo método do Regime de Repartição Simples (RRS).

Coberturas e serviços adicionais: Benefício de Remissão; e Assistência Médica em Transporte Aeromédico.

III. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

Cláusula Primeira: O contrato, que se classifica como contrato de adesão e formação bilateral, nas condições nele previstas, cobre aqueles serviços de assistência médica e hospitalar, nos limites qualitativos e quantitativos que são previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde (RPES) editado pela ANS, vigente à época do evento, para atendimento às doenças previstas no Código Internacional de Doenças (CID-10), genericamente apontados neste contrato.

§ 1º Aplica-se a este contrato a Lei nº 9.656/98 - 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).

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

§ 3º Não estão incluídos neste contrato os atendimentos que não tiverem cobertura

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



contratual, por exclusão, ou limitação de qualquer natureza, os quais poderão ser solicitados à **CONTRATADA**, e por ela fornecidos, mediante responsabilidade do **CONTRATANTE** ou seu beneficiário, a critério daquela, sendo pagos em cobrança separada, com o acréscimo das despesas administrativas da mesma.

IV. ADMISSÃO e PERMANÊNCIA de BENEFICIÁRIOS

Cláusula Segunda: É **beneficiário titular** deste contrato o inscrito pelo **CONTRATANTE** nesta condição, desde que vinculada a este último, por relação empregatícia ou estatutária.

§ 1º O vínculo ao **CONTRATANTE** poderá abranger ainda:

I – os sócios e os administradores;

II – os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente, ressalvada a aplicação do disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;

III - os agentes políticos;

IV – os trabalhadores temporários; e

V – os estagiários e menores aprendizes; e

VI – beneficiários dependentes especificados na Cláusula Terceira do contrato.

§ 2º A **CONTRATADA** pode, a qualquer tempo, **exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante**.

§ 3º A **CONTRATADA** pode, a qualquer tempo, **exigir e comprovar a condição de elegibilidade do beneficiário** e, não existindo ou deixando de existir, determinar a sua exclusão, não implicando, a aceitação inicial, concordância com inclusão fora da previsão da cláusula.

§ 4º A adesão dos beneficiários previstos no inciso VI desta cláusula dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

Cláusula Terceira: Podem ser beneficiários dependentes aqueles inscritos pelo **CONTRATANTE**, como dependentes econômicos de seus beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, enquadráveis num dos seguintes casos:

I. a(o) esposa(o) ou a(o) companheira(o) da união estável;

II. os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 30 (trinta) 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), salvo idade diversa definida em políticas internas da contratante, respeitado o limite disposto neste contrato; e

III. os(as) filhos(as) estudantes, até 30 (trinta) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria, salvo idade diversa definida em políticas internas da contratante, respeitado o limite disposto neste contrato.

§ 1º O **CONTRATANTE**, quando incluir beneficiários dependentes, deverá comprovar o vínculo de dependência do usuário titular.

§ 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 da cláusula.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



§ 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 do **CONTRATANTE**.

§ 4º Na hipótese prevista no § 3º desta cláusula, caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

§ 5º O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser inscrito no plano, situação em que serão aproveitadas as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante, ficando isento do cumprimento de carência caso a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

Cláusula Quarta: Afora as hipóteses de inscrição ou continuidade da cobertura em desacordo com este contrato, o beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente do contrato.

§1º A **CONTRATANTE** deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

§2º Expirado o prazo disposto no parágrafo primeiro sem que a **CONTRATANTE** tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à **CONTRATADA**.

§3º A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela **CONTRATADA**.

§ 4º A **CONTRATADA** somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da **CONTRATANTE** em caso de fraude ou perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante;

§5º 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 dos mesmos para a primeira, pelos custos desembolsados pela **CONTRATADA**, limitada esta responsabilidade ao prazo de validade do cartão.

Cláusula Quinta: A **CONTRATANTE** se compromete a incluir e manter o mínimo de duas vidas vinculadas ao presente negócio jurídico. Do contrário, havendo apenas uma vida ou inexistindo qualquer beneficiário vinculado ao plano ora contratado, pelo período mínimo de 06 (seis) meses, acordam as partes que este contrato poderá ser rescindido pela **CONTRATANTE** mediante simples formalização à **CONTRATADA** por qualquer meio que garanta sua ciência, devendo esta quitar eventuais valores vencidos e vincendos.

V. ESPECIFICAÇÃO DAS COBERTURAS GARANTIDAS

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



A. Doenças Cobertas

Cláusula Sexta: Este contrato, nos seus termos e nas limitações nele previstas, oferece cobertura para todas as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

B. Cobertura Ambulatorial

Cláusula Sétima: 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 credenciadas ou referenciadas pela **CONTRATADA**, constantes no “Guia Médico e de Serviços”, sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato e no rol dele integrante.

Cláusula Oitava: Os beneficiários do **CONTRATANTE** terão direito às seguintes coberturas:

I. consultas médicas básicas e especializadas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, realizadas com médico assistente/cooperado;

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

III. medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, quando do atendimento ambulatorial dos procedimentos e eventos contemplados no RPES, para a segmentação ambulatorial;

IV. serviços de nutricionista referenciado pela **CONTRATADA**, quando indicado pelo médico assistente/cooperado, obedecidos casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;

V. consultas ou sessões, com fonoaudiólogo, referenciado pela **CONTRATADA**, quando indicado pelo médico assistente/cooperado, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;

VI. consultas ou sessões com psicólogo ou terapeuta ocupacional, referenciados pela **CONTRATADA**, quando indicado pelo médico assistente/cooperado, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;

VII. psicoterapia, que poderá ser realizada pelo médico assistente/cooperado ou psicólogo referenciado pela **CONTRATADA**, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;

VIII. psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas;

IX. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no RPES, realizáveis por médico assistente/cooperado fisiatra ou por fisioterapeuta, referenciado pela **CONTRATADA**, mediante tratamento indicado por médico assistente/cooperado, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;

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

XI. atendimentos de urgência e emergência, conforme definidos em Lei;

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

XIII. hemodiálise e diálise peritonial;

XIV. quimioterapia oncológica ambulatorial, para administração de medicamentos no tratamento ambulatorial do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos e medicamentos adjuvantes que necessitem, conforme o médico assistente/cooperado, intervenção ou supervisão de profissionais de saúde em estabelecimento de saúde; excluída a cobertura de quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

XV. medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no RPES, respeitadas as características do medicamento genérico e fracionado;

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

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

XVIII. hemoterapia ambulatorial;

XIX. cirurgias oftalmológicas previstas no RPES para a segmentação ambulatorial;

XX. procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

XXI. atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;

XXII. Procedimentos relacionados com acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional.

§ 1º Conta-se o ano do contrato, quando o mesmo é considerado unidade de tempo para efeitos dos limites previstos no RPES, como aquele que termina 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após a assinatura do contrato e assim sucessivamente.

§ 2º Para fins da cobertura prevista nesta **cláusula**, no **inciso 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.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



§ 3º Não se caracteriza como internação hospitalar o procedimento que, ainda que realizado em unidade hospitalar, não ultrapasse o tempo máximo de 12 (doze) horas.

§ 4º Para fins da cobertura prevista **nesta cláusula**, no **inciso XIV**, definem-se:

a) medicamento antineoplásico oral como medicamento quimioterápico administrado pela via oral, com ação antiblástica, voltado ao tratamento do Câncer, cuja ação específica, em cada tipo desta patologia, depende de comprovação científica.

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

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

§ 5º: Os medicamentos antineoplásicos orais, de que trata o **inciso XIV** 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** e

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

C. Cobertura Hospitalar

Cláusula Nona: Os beneficiários contratuais terão direito à cobertura, mediante autorização (AIH), nas internações hospitalares, em número ilimitado de dias, das despesas de honorários médicos e de outros profissionais de saúde, estes indicados pelo médico assistente/cooperado, dos serviços gerais de enfermagem; da alimentação; do material utilizado e das taxas, respeitadas as seguintes regras:

I. hospedagem nas acomodações contratualmente previstas, e o Centro de Terapia Intensiva ou similar, garantido o direito às acomodações superiores, sem ônus adicional na indisponibilidade daquela previamente indicada no contrato, nos estabelecimentos próprios ou credenciados da **CONTRATADA**;

II. hospital-dia, nos transtornos mentais, conforme Diretrizes de Utilização estabelecidas no RPES, excluídas quaisquer outras;

III. transplantes listados no RPES e procedimentos e a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

d) as despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

IV. fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais, neste contrato, sendo nele tratados pela sigla OPME, 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;

V. custeio exclusivo das despesas de alimentação e acomodação de um único acompanhante, salvo que isto seja expressamente contra-indicado pelo profissional de saúde assistente, nos seguintes casos:

- a) criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos;
- b) idoso, a partir de 60 (sessenta) anos de idade;
- c) pessoas portadoras de deficiência; e
- d) parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas.

VI. realização de cirurgias buco-maxilo-faciais listadas na RPE, para segmentação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação de exames complementares e o 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;

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

VIII. 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;

IX. procedimentos logo abaixo, nas alíneas deste inciso previstos, 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, excluídos quaisquer outros;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica tais como previstos no RPES, com exclusão dos demais casos nele não previstos;
- g) embolizações previstas no RPES, 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, com exclusão dos demais casos nele não previstos.

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e no pós-operatório tardio dos pacientes submetidos a transplantes cobertos por este contrato;

X. transplantes aqueles previstos no RPES e referenciados nas coberturas especiais limitadas a seguir;

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

XII. cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme RPES vigente à época do



evento;

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

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

XV. internação de no mínimo trinta dias, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

XVI. internação de no mínimo quinze dias, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

XVII. a cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

XVIII. a cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

XIX. para os diagnósticos F00 a F09, F20a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano;

XX. a cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;

XXI. a cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;

XXII. procedimentos relacionados com acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional.

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

§ 2º. Para os planos de segmentação hospitalar resta aplicável toda a cobertura relativa ao pré-natal e assistência ao parto e puerpério, havendo cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

§3º. A cobertura de OPME condiciona-se ao cumprimento das seguintes providências prévias:

a) o profissional da saúde assistente/cooperado do beneficiário deve determinar o tipo e as características do material, tais como dimensões e matéria-prima, sem indicar, em hipótese alguma, fabricante ou marca;

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



- b) o profissional assistente/cooperado, quando solicitado pela **CONTRATADA**, deve justificar sua indicação e oferecer, no mínimo, 03 (três) marcas de produtos disponíveis que atendam ao tipo e características determinadas, produzidas por fabricantes distintos e regularizadas perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, sobre as quais recairá a escolha a ser feita pela **CONTRATADA**; e
- c) no caso de divergência entre o profissional assistente/cooperado e a operadora, quanto à OPME, as partes do contrato escolherão um profissional especializado que possa decidir a controvérsia, sendo as despesas com o parecer do mesmo custeadas pela **CONTRATADA**, conforme previsão neste contrato.

D. Disposições Gerais para ambas as Segmentações

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, em hipótese alguma, fabricante ou marca;
- II. o profissional assistente, quando solicitado pela **CONTRATADA**, deve justificar sua indicação e oferecer, no mínimo, três marcas de produtos disponíveis que atendam ao tipo e características determinadas, produzidas por fabricantes distintos e regularizadas perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 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, 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 obrigatória, desde que regularizados, registrados e com indicações constantes da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (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.

E. Coberturas Especiais Limitadas

Cláusula 13: Os procedimentos relacionados no rol exemplificativo abaixo, e que necessitem de cobertura especial, terão cobertura conforme previsão constante no Rol de

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



Procedimentos e Eventos em Saúde, desde que respeitada a segmentação correspondente, requisitos e limites das Diretrizes de Utilização publicadas pela ANS:

- I. Acilcarnitinas – Perfil Quantitativo e/ou Qualitativo;**
- II. Análise Molecular de DNA;**
- III. Angiotomografia Coronariana;**
- IV. Audiometria Vocal com Mensagem Competitiva/Avaliação do Processamento Auditivo Central;**
- V. Aidez de IGG para Toxoplasmose;**
- VI. Biópsia Percutânea a vácuo guiada por Raio X ou Ultrassonografia - US (Mamotomia);**
- VII. Bloqueio com Toxina Botulínica Tipo A para Tratamento de Distonias Focais, Espasmo Hemifaciale Espasticidade;**
- VIII. BRAF;**
- IX. Cintilografia do Miocárdio;**
- X. Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica;**
- XI. Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);**
- XII. Cirurgia Refrativa - PRK ou Lasik;**
- XIII. Citomegalovírus – Qualitativo por PCR;**
- XIV. Colocação de Banda Gástrica por Videolaparoscopia ou por Via Laparotômica;**
- XV. Coloboma – Correção Cirúrgica;**
- XVI. Cordotomia – Mielotomia por Radiofrequência;**
- XVII. Dermolipectomia;**
- XVIII. Dímero-D;**
- XIX. EGFR;**
- XX. Eletroforese de Proteínas de Alta Resolução;**
- XXI. Embolização de Artéria Uterina;**
- XXII. Estimulação Elétrica Transcutânea;**
- XXIII. Fator V Leiden, Análise de Mutação;**
- XXIV. Galactose-1-Fosfato Uridiltransferase;**
- XXV. Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por Videolaparoscopia ou por Via Laparotômica;**
- XXVI. Hepatite B - Teste Quantitativo;**
- XXVII. Hepatite C - Genotipagem;**
- XXVIII. HER -2;**
- XXIX. HIV, Genotipagem;**
- XXX. Implante Coclear;**
- XXXI. Implante de Anel Intraestromal;**
- XXXII. Implante de Cárdio-Desfibrilador Implantável – CDI (Inclui Eletrodos e Gerador);**
- XXXIII. Implante de Eletrodos e/ou Gerador para Estimulação Medular;**
- XXXIV. Implante de Eletrodos e/ou Gerador para Estimulação Cerebral Profunda;**
- XXXV. Implante de Gerador para Neuroestimulação;**
- XXXVI. Implante de Marca-Passo Bicameral (Gerador + Eletrodos Atrial ou Ventricular);**
- XXXVII. Implante de Marca-Passo Monocameral (Gerador + Eletrodos Atrial ou Ventricular);**
- XXXVIII. Implante de Marca-Passo Multissítio (Gerador + Eletrodos Atrial ou Ventricular);**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



- IXL. Implante Intra-Tecal de Bombas para Infusão de Fármacos (Inclui Medicamentos);**
- XL. Imunofixação para Proteínas;**
- XLI. Incontinência Urinária, Tratamento Cirúrgico Sling ou Esfíncter Artificial;**
- XLII. Inibidor dos Fatores da Hemostasia;**
- XLII. K-RAS;**
- XLIII. Mamografia Digital;**
- XLIV. Mapeamento Eletroanatômico Cardíaco Tridimensional;**
- XLVI. Microcirurgia a Céu Aberto por Radiofrequência da Zona de Entrada da Raiz Dorsal (Drezotomia – Drez);**
- XLVII. Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial – Mapa;**
- XLVIII. Oxigenoterapia Hiperbárica;**
- XLIX. Pesquisa de Microdeleções/Microduplicações por Fish (Fluorescence in Situ Hybridization);**
- L. Pet-Scan Oncológico;**
- LI. Protombina, Pesquisa de Mutação;**
- LII. Radioablação/Termoablação do Câncer Primário Hepático;**
- LIII. Rizotomia Percutânea com ou sem Radiofrequência;**
- LIV. Succinil Acetona;**
- LV. Terapia Antineoplástica Oral para Tratamento de Câncer;**
- LVI. Terapia Imunobiológica Endovenosa para Tratamento de Artrite Psoriásica, Doença de Crohn e Espondilite Anquilosante;**
- LVII. Terapia Imunobiológica Endovenosa ou Subcutânea para tratamento de Artrite Reumatóide;**
- LVIII. Teste Ergométrico (Inclui ECG Basal Convencional);**
- LIX. Teste de Inclinação Ortostática (Tilt Test);**
- LX. Tomografia de Coerência Óptica;**
- LXI. Transplante Alogênico de Medula Óssea**
- LXII. Transplante Autológico de Medula Óssea;**
- LXIII. Tratamento Cirúrgico da Epilepsia;**
- LXIV. Tratamento Ocular Qumioterápico com Anti-Angiogênico;**
- LXV. Adequação do Meio Bucal;**
- LXVI. Aplicação de Cariostático;**
- LXVII. Aplicação de Selante;**
- LXVIII. Biópsia de Boca;**
- LXIX. Biópsia de Glândula Salivar;**
- LXX. Biópsia de Lábio;**
- LXXI. Biópsia de Língua;**
- LXXII. Biópsia de Mandíbula/Maxila;**
- LXXIII. Condicionamento em Odontologia;**
- LXXIV. Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução;**
- LXXV. Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila;**
- LXXVI. Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato;**
- LXXVII. Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de**



Restauração Metálica Fundida (RMF);

LXXVIII. Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila;

LXXIX. Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária – Inclui a Peça Protética;

LXXX. Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária – Inclui a Peça Protética;

LXXXI. Reabilitação com Núcleo Metálico Fundido/Núcleo Pré-Fabricado – Inclui a Peça Protética;

LXXXII. Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária – Inclui a Peça Protética;

LXXXIII. Redução de Luxação da ATM;

LXXXIV. Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial;

LXXXV. Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais;

LXXXVI. Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial; e

LXXXVII. Tratamento Restaurador Atraumático.

§ 1º O RPES é documento técnico elaborado pela ANS, que pode ser obtido da seguinte forma:

a) mediante solicitação do **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** que fornecerá um exemplar sem ônus extra para o primeiro; e

b) através da página institucional da ANS, na “Internet”.

§ 2º A **CONTRATADA** igualmente deixa, à disposição do **CONTRATANTE**, profissionais da saúde que poderão esclarecer-lhe sobre os critérios e limites constantes do RPES.

VI. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula 14: 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) são expressamente considerados, como experimentais, pelo Conselho Federal de Medicina, ou pelo Conselho Federal de Odontologia; e

c) não conte com a indicação, para o tratamento, na bula, ou mesmo no manual registrado perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (internacionalmente conhecido como uso “off-label”).

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

III. inseminação artificial, 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;

IV. tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética, assim

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



como em “spas”, clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos;

V. fornecimento de medicamentos e produtos importados (OPME) que não estejam nacionalizados, ou seja, produzidos fora do país e sem registro em vigor na ANVISA, bem como todo e qualquer tipo de medicamento, mesmo prescrito durante a internação hospitalar, contanto que sua efetividade ou eficácia haja sido reprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;

VI. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, assim entendidos aqueles que prescritos pelo médico assistente/cooperado sem indicação de que sejam ministrados em ambiente externo ao da unidade de saúde;

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 Médicas que cuidam da Ética profissional);

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

X. internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar ou atendimentos ambulatoriais para medicamentos que não tenham esta indicação prescrita pelo médico assistente/cooperado;

XI. remoções que não estejam expressamente previstas neste contrato;

XII. procedimento odontológico não previsto, excepcionalmente, neste contrato;

XIII. vacinas;

XIV. consultas domiciliares;

XV. procedimentos que não constam no REPS, na data do evento;

XVI. Exclusão total de cobertura nos Hospitais Mãe de Deus e Moinhos de Vento (respectivamente suas razões sociais: Associação Educadora São Carlos AESC, CNPJ nº 88.625.686/0024-43, e Associação Hospitalar Moinhos de Vento, CNPJ nº 92.685.833/0001-51), no município de Porto Alegre/RS ou em qualquer outra filial ou empresas destes grupos, tanto para internação quanto para exames, atendimentos e/ou procedimentos ambulatoriais. Na hipótese de o cliente utilizar os serviços dos prestadores indicados, ciente da limitação de cobertura prevista neste instrumento, poderá a CONTRATADA realizar cobrança posterior referente ao custo integral da conta hospitalar. Além disso, todos os hospitais da rede nacional integrantes da rede MASTER e ESPECIAL não possuem cobertura de acesso, nos mesmos termos do ora previsto, sendo que a listagem dos prestadores cobertos pode ser consultada diretamente com a CONTRATADA através do Guia Médico disponível no aplicativo Bem+ Unimed ou diretamente no sistema RNP da Unimed do Brasil;

XVII. Internação nos hospitais a seguir relacionados:

✓ BAHIA

LAURO DE FREITAS: Hospital Sobaby

SALVADOR: Hospital Santo Amaro; Hospital Aliança; Probaby.

✓ DISTRITO FEDERAL

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



BRASÍLIA: Hospital Brasília; Rede Dor São Luiz Unidade Santa Luzia; Rede Dor São Luiz Hospital do Coração.

✓ **PERNAMBUCO**

RECIFE: Real Hospital Português; Santa Joana; Hospital Esperança; Hospital Memorial São José Ltda

✓ **RIO DE JANEIRO:**

NITERÓI: Hospital De Clinicas De Niterói Ltda

✓ **RIO DE JANEIRO:** Copa D'OR; Hospital Pasteur; DH- Day Hospital; Casa de Saúde São José; Hospital Barra D'OR; Clínica Sorocaba; Hospital Samaritano; Hospital Integrados da Gávea – São Vicente da Gávea; Hospital de Clínicas Rio Mar; Clínica da Gávea; Hospital Pró Cardíaco; Perinatal Laranjeiras; Perinatal Barra; Quinta D'OR.

✓ **SÃO PAULO**

SANTO ANDRÉ: Hospital e Maternidade Brasil.

SÃO BERNARDO DO CAMPO: Hospital e Maternidade Assunção

SÃO PAULO: Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Morumbi; Hospital e Maternidade São Luiz – UNIDAD; Hospital Sírio Libanes; Hospital do Coração; Hospital Nove de Julho; Hospital Samaritano; Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Hospital e Maternidade São Camilo – Pompéia; Hospital São José; Hospital Infantil Sabará; Hospital e Maternidade São Luiz – Anália; Hospital São Luiz Jabaquara (antigo Nossa Senhora de Lourdes); Fundação Antônio Prudente Hospital A.C.; Hospital Santa Isabel – Santa Casa de As; Beneficência Portuguesa; Hospital e Maternidade Santa Joana; Hospital Professor Edmundo Vascellos; Hospital da Criança; Hospital Santa Paula; Pro-Matre Paulista; Hospital Santa Catarina.

VII. DETALHAMENTO DAS COBERTURAS

A. Condição Geral

Cláusula 15: O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato deve ser assegurado independente do local de origem do evento.

Parágrafo único: A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

B. Carências

Cláusula 16: Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente incluídos, após o cumprimento dos seguintes prazos, nos quais serão devidas as mensalidades pelo **CONTRATANTE** e seus beneficiários, mas não haverá obrigatoriedade

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



de prestação ou custeio dos serviços pela **CONTRATADA**:

I. 24h (vinte e quatro horas), para os casos de atendimento de urgência e emergência;

II. 30 (trinta) dias, para consultas médicas;

III - 30 (trinta) dias, para exames complementares auxiliares de diagnóstico, exceto os previstos no inciso "V", desta cláusula;

IV. 180 (cento e oitenta) dias, para consultas/sessões com multiprofissionais (que não se confundem com consultas médicas), tais como fonoaudiologia, nutrição, psicologia, psicoterapia, terapia ocupacional e fisioterapia;

V - 180 (cento e oitenta) dias, para os exames complementares: Ecocardiografia, Holter (cardíaco e de pressão), Tomografia Computadorizada, Cintilografia, Densitometria Óssea, Ressonância Nuclear Magnética, Ultra-sonografia Vascular, Neuro-radiologia e Anatomia Patológica;

VI. 180 (cento e oitenta) dias, para todos os demais casos; e

VII. 300 (trezentos) dias, para partos a termo.

§ 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 de seu ingresso.

§ 3º Será dispensado o cumprimento dos prazos de carências se o contrato contar com 30 (trinta) ou mais beneficiários e o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato, ou em até 30 (trinta) dias de sua vinculação à **CONTRATANTE**.

C. Doenças e Lesões Preexistentes

Cláusula 17: 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 do presente contrato, de que sejam portadores e tenham conhecimento, ou que simplesmente tenham conhecimento se beneficiários menores, ou incapazes, devendo a informação constar na "Declaração de Saúde" preenchida antes da contratação, podendo o beneficiário, para fazê-lo, optar por:

I. dispensar a orientação de um médico;

II. contar com a orientação de um médico sócio da **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.

Cláusula 18: O **CONTRATANTE**, em seu nome e no de seus beneficiários, seja qual for a modalidade de escolha da declaração, autoriza que a **CONTRATADA** investigue, junto aos médicos e estabelecimentos de saúde detentores de dados relevantes, as informações fornecidas, não podendo alegar, no futuro, violação ao sigilo decorrente de investigação que

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



for realizada, com o fim exclusivo de constatar a veracidade da declaração.

Cláusula 19: Constatada, de qualquer forma, a doença ou lesão preexistente à proposta de contratação, a **CONTRATADA** oferecerá, ao beneficiário, cobertura parcial temporária (CPT), no qual haverá a suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de ingresso do beneficiário, da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), quais sejam 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 cobertura parcial temporária (CPT) se o contrato contar com 30 (trinta) ou mais beneficiários e o beneficiário formalize 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 constate fraude na declaração, após a assinatura do contrato, poderá, a seu critério, tomar uma das seguintes alternativas:

I. solicitar, perante a Entidade ou Órgão regulamentar, abertura de procedimento administrativo visando a rescisão do contrato;

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

III. oferecer ao **CONTRATANTE** a possibilidade de firmar um contrato adicional, denominado, na regulamentação administrativa da ANS, de agravo, cujo objeto é o fornecimento integral à cobertura para a 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.

§ 2º 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: **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** declaram-se cientes de que a legislação aplicável ao presente contrato, a Lei nº 9.656/98, 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/cooperado; 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/cooperado.

§ 1º A **CONTRATADA** pagará a remoção de hospital para hospital, dentro dos limites da

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



abrangência geográfica deste contrato, e nos limites da rede própria, credenciada ou referenciada, já realizados os atendimentos classificados como emergência e urgência que sejam possíveis, uma vez caracterizada, pelo médico assistente/cooperado, 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;

§ 5º Fica garantido que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

§ 6º Haverá garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência.

§ 7º Haverá garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998);

§ 8º Haverá garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

§ 9º Haverá garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

§ 10º Haverá garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação;

§ 11º Haverá garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

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.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



§ 1º Os reembolsos devem ser solicitados mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) solicitação do médico assistente/cooperado, 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 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 junto à rede assistencial disponível para este plano.

E. Requisitos de Cobertura

Cláusula 23: O atendimento aos beneficiários regularmente inscritos ocorrerá com a exibição, por parte destes, nos locais de atendimento, de documento individual de identificação fornecido pela **CONTRATADA**, acompanhado de documento de identidade legalmente reconhecido.

Cláusula 24: Ao ser contratado o plano, o **CONTRATANTE** receberá, da **CONTRATADA**, o “Guia Médico e de Serviços” (GMS), contendo os integrantes da rede de prestadores do plano adquirido, dentre os quais caberá a escolha, por parte do beneficiário contratual, sendo que estes terão, a partir daí, acesso às atualizações do Guia.

Cláusula 25: Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, dentre eles as internações hospitalares, obedecido o GMS, serão cobertos pela **CONTRATADA**, por solicitação do médico assistente/cooperado, obedecidos os parágrafos desta cláusula.

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

§ 2º A **CONTRATADA**, estando regular o pedido, emitirá guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação formal, justificada, do médico assistente/cooperado, a ser apresentada àquela pelo beneficiário ou quem o represente.

§ 3º O beneficiário ou seu representante, nos casos de emergência ou urgência, comunicará, em 02 (dois) dias úteis, a **CONTRATADA** do serviço utilizado.

Cláusula 26: A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



particularmente pelos beneficiários com prestadores de serviços, correndo, tais despesas, por conta exclusiva dos beneficiários, que deverão, na dúvida, pedir esclarecimento sobre a extensão da cobertura para os representantes daquela.

F. Acesso a Prestadores e Suprimentos na Omissão

Cláusula 27: O atendimento aos beneficiários fica assim assegurado:

I. na área de atuação do contrato, pela rede de atendimento prevista no “Guia Médico e de Serviços” e, na sua falta,

II. dentro da área de atuação do contrato em serviço não integrante da rede de atendimento prevista no “Guia Médico e de Serviços”, com prévia e expressa autorização da **CONTRATADA**, efetivando esta o pagamento ao prestador e, não sendo possível,

III. dentro da área de atuação do contrato, pela rede de atendimento prevista no “Guia Médico e de Serviços”, em município limítrofe àquele em que o serviço foi pelo beneficiário demandado e, não sendo possível,

IV. por prestador contratado ou credenciado da **CONTRATADA**, em município pertencente à região de saúde do qual faz parte o município onde o serviço foi pelo beneficiário demandado ou, não sendo viável,

V. por prestador referenciado pela **CONTRATADA**, em qualquer localidade por esta previamente indicada; e

VI. excepcionalmente, desde que o **CONTRATADA**, comprovadamente, não tenha disponibilizado qualquer das hipóteses previstas nesta cláusula, o beneficiário poderá fazer uso de serviço que livremente escolher, com posterior reembolso das despesas decorrentes.

§ 1º Na hipótese do inciso V desta cláusula, o **CONTRATADA** responderá pelo transporte do beneficiário, através de meio por ela previamente escolhido.

§ 2º Na hipótese do inciso VI desta cláusula, o **CONTRATADA** não reembolsará qualquer despesa de atendimento, caso o beneficiário não tenha, antes, passado pelas etapas anteriores.

§ 3º Na hipótese do inciso VI desta cláusula, será deduzido do reembolso pago ao beneficiário, o valor de coparticipação/franquia contratualmente previsto.

§ 4º A área de atuação da **CONTRATADA** e a região geográfica do contrato são indicadas no cabeçalho deste instrumento.

G. Discordância sobre Prescrições

Cláusula 28: 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/cooperados, de condutas comprovadas e cientificamente reconhecidas, resguardando-se o direito de discordar das prescrições, obedecidos os parágrafos desta cláusula.

§ 1º O beneficiário titular obriga-se, por si e seus dependentes, a submeter-se a perícia e/ou exames de averiguação de prescrições de tratamentos ou de OPME, por parte de auditores médicos da **CONTRATADA** ou peritos.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



§ 2º Em havendo divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pela CONTRATADA, poderá ser instaurada junta médica para avaliar a indicação do médico assistente, seguindo todas as disposições elencadas em normativa específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

§ 3º Tornando-se impossível aplicar o disposto no parágrafo terceiro desta cláusula, o árbitro será indicado pelo Conselho profissional ou sociedade da especialidade.

§ 4º O processo previsto nesta cláusula será célere e respeitará os prazos característicos de emergência ou urgência, quando o atendimento assim for caracterizado.

Cláusula 29: O fornecimento de materiais especiais, órteses e próteses (OPME) pela **CONTRATADA** obedecerá ao disposto na regulamentação do Conselho Federal de Medicina e nos parágrafos desta cláusula.

§ 1º O profissional assistente/cooperado determinará as dimensões dos materiais, a sua matéria-prima e os tipos necessários à execução dos procedimentos, e, no mínimo, 03 (três) marcas registradas junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de fabricantes distintos, dos materiais;

§ 2º Caso não concorde com a marca da OPME indicada pela **CONTRATADA**, o profissional assistente deverá justificar tecnicamente, por escrito, a sua inconformidade, e poderá indicar, no mínimo, três marcas de produtos disponíveis que atendam ao tipo e características determinadas, produzidas por fabricantes distintos e regularizadas perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, sobre as quais recairá a escolha a ser feita pela **CONTRATADA**;

§ 3º Havendo necessidade técnica, o auditor 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 de comum acordo entre o médico representante da operadora e o primeiro e pago pela **CONTRATADA**.

§ 5º O profissional assistente poderá recusar no máximo três (3) profissionais indicados pela **CONTRATADA**, para composição da junta médica ou terceira opinião.

§ 6º Tornando-se impossível aplicar o disposto no parágrafo terceiro desta cláusula, o árbitro será indicado pelo Conselho profissional ou médico especialista indicado por sociedade médica.

§ 7º O processo previsto nesta cláusula será célere e respeitará os característicos de emergência ou urgência, quando o atendimento assim for caracterizado.

Cláusula 30: Na especialidade de Oncologia, a medicação para quimioterapia será fornecida diretamente pela **CONTRATADA**, ou por quem esta indicar, eximindo-se esta de qualquer custo que fuja do previsto nesta cláusula.

Cláusula 31: O **CONTRATANTE** obriga-se, por si e seus beneficiários, a submeter-se, anteriormente à efetiva autorização do procedimento, a perícia e/ou exames de averiguação

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



de prescrições de tratamentos ou de OPME, por parte de auditores médicos da **CONTRATADA** ou peritos.

Cláusula 32: O **CONTRATANTE** autoriza, em seu nome e no de seus beneficiários, a utilização de seus dados em registros eletrônicos da **CONTRATADA**, contanto que esta, em relação a eles, guarde sigilo, jamais os fornecendo a terceiros, salvo hipóteses legalmente expressas.

H. Dispensa de Prestadores

Cláusula 33: A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de rescindir o contrato com qualquer componente da sua rede assistencial, desde que:

- I. a substituição de hospital seja por equivalente e mediante comunicação ao **CONTRATANTE** e à ANS 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; e
- II. a substituição do hospital por vontade da **CONTRATADA**, durante período de internação do beneficiário, obrigará aquele a manter e a **CONTRATADA** a pagar as despesas até que, a critério do médico assistente/cooperado, seja dada alta.

VIII. MENSALIDADES E PREÇOS

A. Regras Gerais

Cláusula 34: A contraprestação paga pelo **CONTRATANTE**, **ressalvado os casos expressamente previstos neste contrato**, é constituída de:

- I. mensalidades com preço preestabelecido, conforme cálculos atuariais baseados num regime de mutualidade e pelo regime de repartição simples (RRS); e
- II. custos específicos discriminados neste contrato.

Parágrafo único. Decorre da forma de constituição das mensalidades a impossibilidade de devolução de mensalidades, independente dos beneficiários terem efetivamente se valido da cobertura contratual.

B. Mensalidade

Cláusula 35: Obriga-se o **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA**, mensalmente, em relação ao mês de cobertura, o valor fixado pela última quando da contratação, previsto na folha de rosto deste instrumento, multiplicado pelo número de beneficiários, com os reajustes e recomposição que venha a sofrer ao longo da execução contratual.

§1º A fatura de cobrança da mensalidade será disponibilizada ao **CONTRATANTE** no Portal Empresarial disponibilizado no site da **CONTRATADA**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



(<https://www.unimed.coop.br/web/vtrp/>).

§2º A cobrança da contraprestação pecuniária será emitida contra o CONTRATANTE.

C. Custos, Coparticipações e franquias

Cláusula 31: Obriga-se também o **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA** os seguintes custos:

I. preço inicial, representado pela primeira mensalidade, no valor fixado na folha de rosto deste contrato, apresentado à **CONTRATANTE** previamente, juntamente com as

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

III. coparticipações ou franquias, cujos respectivos valores poderão ser verificados mediante acesso ao <https://www.unimedvtrp.com.br/taxas> ou por solicitação presencial e via SAC.

IV. multa, no valor da taxa de coparticipação vigente, quando o beneficiário não comparecer a uma consulta agendada e não desmarcar com 12 (doze) horas de antecedência.

§ 1º As coparticipações/franquias serão cobradas pela **CONTRATADA** não necessariamente no mesmo mês de utilização do plano ora contratado ou no subsequente, a depender da operacionalização via sistema informatizado.

§ 2º Os reajustes relacionados às coparticipações e franquias serão aplicados uma vez ao ano, geralmente no início do segundo semestre do ano em vigência. Em caso de necessidade de alteração da data de aplicação do reajuste o contratante será cientificado mediante a informação constante no boleto de cobrança.

§ 3º A cada inclusão de cobertura no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar poderá(ão) ser inserida(s) nova(s) taxa(s) de coparticipação, mediante comunicação à **CONTRATANTE** no boleto de cobrança ou outra forma que possa efetivar a informação.

§4º Será realizada cobrança de taxa de coparticipação a partir da 1ª sessão de Fisioterapia.

D. Reajustes

Cláusula 37: 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 e os encargos tributários necessários à sua execução.

Cláusula 38: Os valores de contraprestação econômica mensal 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 as partes, observada, para tanto, como base, a variação do IPCA/IBGE – subitem Saúde e Cuidados Pessoais no período (ou, no caso de sua extinção, por outro índice equivalente que o substitua), bem como a necessidade de manutenção do equilíbrio atuarial, onde havendo reajuste por sinistralidade, este considerará a sinistralidade projetada da carteira, com base na proporção entre despesas

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



assistenciais e receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos e disponíveis, anteriores à data base de aniversário do contrato.

§ 1º As coparticipações/franquias serão reajustadas anualmente, tomando como base a variação do custo médico-hospitalar em período definido pela Operadora e o índice que for legalmente autorizado pela ANS. Na ausência do índice da ANS, as coparticipações/franquias serão avaliadas através da variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), levantado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - subitem Saúde e Cuidados Pessoais no período, no período, ou, na sua falta, por outro que venha a substituí-lo.

§ 2º A variação percentual acumulada do índice contratualmente estabelecido será calculada com uma defasagem de 1 (um) mês, não computando o índice ocorrido no mês imediatamente anterior ao aniversário do contrato e considerando os 12 (doze) meses anteriores a este.

§ 3º A **CONTRATADA** comunicará o reajuste à ANS.

§ 4º 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.

§ 5º Independente da data de ingresso do beneficiário no contrato, sua contraprestação terá reajuste integral na data de aniversário do contrato.

§ 6º Os percentuais de reajuste serão sempre uniformes.

§ 7º. Os percentuais de reajuste serão sempre aplicados numa única data base, independente do período de adesão do beneficiário, nele não sendo considerados bônus, descontos ou agravamentos contratuais previstos na legislação de planos de saúde.

§ 8º. No caso deste contrato contar com menos de 30 (trinta) beneficiários, conforme for apurado anualmente no mês de aniversário (mês em que o contrato celebra mais um ano da data de sua assinatura) ou no momento da contratação (este último caso apenas se o contrato ainda não tiver feito aniversário), os percentuais de reajuste de que trata o parágrafo anterior serão iguais para todos os contratos que estejam na mesma condição em termos de número de beneficiários e segmentação assistencial.

§ 9º. O **CONTRATANTE** está ciente das regras de cálculo e aplicação de reajuste, segundo as normativas da ANS, que dispõem sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

E. Recomposição de Faixa Etária

Cláusula 39: As mensalidades contratuais, sem prejuízo do reajuste previsto neste contrato, 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 junto com o percentual de recomposição:

I. de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade, sem valor de recomposição

II. a partir dos 19 (dezenove) e até 23 (vinte e três) anos de idade, 5% (cinco por cento) de acréscimo sobre o preço inicial, caso o beneficiário haja sido incluído com idade menor;

III. a partir dos 24 (vinte e quatro) e até 28 (vinte e oito) anos de idade, 9,52% (nove vírgula

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



cinquenta e dois por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;

IV. a partir de 29 (vinte e nove) e até 33 (trinta e três) anos de idade, 13,05% (treze vírgula quatro por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;

V. a partir de 34 (trinta e quatro) e até 38 (trinta e oito) anos de idade, 15,38% (quinze vírgula trinta e oito por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;

VI. a partir de 39 (trinta e nove) e até 43 (quarenta e três) anos de idade, 26,67% (vinte e seis vírgula sessenta e sete por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;

VII. a partir de 44 (quarenta e quatro) e até 48 (quarenta e oito) anos de idade, 31,58% (trinta e um vírgula cinquenta e oito por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição;

VIII. a partir de 49 (quarenta e nove) e até 53 (cinquenta e três) anos de idade, 32% (trinta e dois por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição

IX. a partir de 54 (cinquenta e quatro) e até 58 (cinquenta e oito) anos de idade 31,82% (trinta e um vírgula oitenta e dois por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição; e

X. aos 59 (cinquenta e nove) anos, 37,70% (trinta e sete vírgula setenta por cento) de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior, caso já tenha havido recomposição.

F. Inadimplemento

Cláusula 40: A **CONTRATADA** poderá, face ao não pagamento de uma ou mais faturas mensais, emitir duplicatas de prestação de serviços, correspondente ao valor do débito corrigido pelo IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas), acrescido de juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito, valendo este 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 estes demandados.

Cláusula 41: Os beneficiários do **CONTRATANTE** não terão direito aos serviços aqui pactuados, caso esteja o mesmo com as mensalidades há 60 (sessenta) dias em atraso e haja constituição em mora, por notificação extrajudicial prévia, àquele enviada pela **CONTRATADA**.

Cláusula 42: O atraso nos pagamentos implicará no cadastramento da inadimplência do **CONTRATANTE** junto aos órgãos ou entidades de proteção ao crédito.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



IX. DEDITOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS

Cláusula 43: 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 é considerada contribuição os valores pagos pelo beneficiário, relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquia, paga como fator de moderação, na utilização dos serviços contratados.

§ 2º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* 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.

Cláusula 44: 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 45: 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, 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.

§ 3º A CONTRATANTE obriga-se a comunicar as regras desta cláusula e das cláusulas 41 e 42, aos seus beneficiários.

Cláusula 46: O direito assegurado neste contrato não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Cláusula 47: O benefício de manutenção deixará de existir nas seguintes hipóteses:

- I. decurso dos prazos de manutenção;
- 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.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



Cláusula 48: 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 pagamento integral de todos os custos contratuais.

§ 1º Ao beneficiário aposentado que contribuir para o presente contrato, por período inferior ao estabelecido no *caput* desta cláusula, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 01 (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.

X. DURAÇÃO E EXTINÇÃO DO CONTRATO

Cláusula 49: A **CONTRATANTE**, ciente dos termos da Resolução Normativa nº 557, ANS, concorda que o presente contrato tenha início na data de sua assinatura e vigore pelo prazo determinado de 12 (doze) meses, passando a partir daí a vigorar por prazo indeterminado.

§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.

§2º A denúncia unilateral, durante o período de 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.

Cláusula 50: Em respeito ao disposto na Resolução Normativa nº 557, ANS, e à exceção das hipóteses de ilegitimidade da **CONTRATANTE** e de inadimplência, acordam as partes que o presente 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 arrependimento e dos casos de rescisão motivada (resolução), nele previstos.

Cláusula 51: Rescinde-se motivadamente (resolução contratual) o contrato, sem a necessidade de pronunciamento judicial para isto:

I. por determinação do **CONTRATANTE**, quando houver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, 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 pelo **CONTRATANTE**, ou por seus beneficiários, desde que a última, notificada do fato, até o 50º (quingentésimo) dia de inadimplência; não venha a atualizar, completamente, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas, ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



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

XI. DA NOTIFICAÇÃO DE INADIMPLÊNCIA

Cláusula 52. A operadora deverá realizar a notificação por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento como pré-requisito para a exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, motivada por inadimplência, através dos pelos seguintes meios:

- 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;
- III - ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
- 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.

§ 1º Para a notificação por inadimplência, devem ser usadas as informações fornecidas pela pessoa natural a ser notificada e cadastradas no banco de dados da operadora.

§ 2º Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos neste artigo, que estejam disponíveis no cadastro de cada beneficiário, a operadora poderá excluir o beneficiário ou suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa, desde que comprove que tentou notificar por todos esses meios.

§ 3º De forma complementar aos meios dispostos nesta cláusula, a notificação por inadimplência poderá ser feita em área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, desde que a notificação somente seja acessível por meio de login e senha pessoais.

§ 4º A exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da operadora por motivo de inadimplência somente poderá ocorrer após decorrido o prazo de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação e se o débito não tiver sido pago nesse prazo.

§ 5º É permitida à operadora a negociação e o parcelamento do débito em aberto, definindo as consequências de eventual inadimplemento da negociação, inclusive a possibilidade de

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



exclusão do beneficiário ou rescisão do contrato, desde que o beneficiário seja notificado nos termos do presente e das regras regulamentares da ANS.

Cláusula 53. Na cobrança de mensalidade em atraso poderá ser imputada pela CONTRATADA multa de, no máximo, 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso e/ou juros de mora de, no máximo, 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia) pelos dias em atraso, sem prejuízo da correção monetária.

Cláusula 54. Para excluir o beneficiário ou suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por motivo de fraude, a CONTRATADA deverá notificar o beneficiário que paga a mensalidade do plano de saúde diretamente à operadora, observando-se os meios de notificação e prazos mencionados neste instrumento.

§1º Os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de exclusão do beneficiário ou rescisão do contrato.

§2º Para que haja a exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do contrato por inadimplência, deve haver, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não.

Cláusula 55. Durante a internação de qualquer beneficiário, titular ou dependente, de plano privado de assistência à saúde que possua cobertura assistencial hospitalar, é vedada, por qualquer motivo, a exclusão do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à CONTRATADA.

Parágrafo único. Após a alta da internação, a CONTRATADA poderá realizar a notificação por inadimplência para fins de suspensão ou rescisão unilateral do contrato ou exclusão do beneficiário, garantido o prazo de 10 (dez) dias para que seja efetuado o pagamento do débito.

XII. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 56. Fica convencionado que a **CONTRATADA** terá o direito de sub-rogar-se, em nome do **CONTRATANTE** ou de seus beneficiários, até o limite das suas efetivas despesas com atos auxiliares, no pedido indenizatório, junto a pessoas físicas e jurídicas, pelos danos causados por estas àqueles, em virtude de atos ilícitos, sendo que, na falta de outra estipulação, terá direito de receber os valores indenizatórios decorrentes do seguro de responsabilidade civil, obrigatório ou facultativo, que der cobertura ao atendimento recebido pelo usuário, sendo que os últimos terão obrigação contratual de prestar todas as informações, praticar todos os atos e entregar toda a documentação que for necessária à indenização de que cuida esta cláusula.

Cláusula 57. A CONTRATADA declara ciência acerca dos ditames da Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), assumindo a

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



responsabilidade pelo respeito aos direitos dos titulares dos dados pessoais, sobretudo quanto ao correto tratamento de dados pessoais; manutenção de mecanismos de segurança; respeito à privacidade; respeito à autodeterminação informativa; inviolabilidade da honra, imagem e intimidade dos beneficiários; defesa do consumidor; e livre desenvolvimento da personalidade, tendo como norte os princípios da finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade, transparência, prevenção, não discriminação e responsabilização em caso de danos.

Parágrafo único. Considerando as disposições da presente cláusula, o ANEXO I “Termo de Confidencialidade e Tratamento de Dados Pessoais”, parte integrante deste instrumento, visa regular a confidencialidade e o tratamento de dados pessoais no âmbito da relação mantida entre as partes.

Cláusula 58. O(A) CONTRATANTE assume a obrigação de manter seus dados cadastrais atualizados, sendo que qualquer alteração em sua qualificação, endereço, e-mail ou telefone, deverá ser sinalizada para a respectiva atualização.

Cláusula 59. O foro de discussão contratual é sempre o da comarca em que tiver sede o CONTRATANTE.

XIII. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 60. A CONTRATADA fornecerá aos “Beneficiários” o Cartão de Identificação referente ao plano contratado, com a descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT (Cobertura Parcial Temporária), quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da Lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o “Beneficiário” esteja regularmente inscrito, podendo a contratada adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.

Cláusula 61. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste contrato será prestado sem a apresentação do Cartão de Identificação do “Beneficiário”, fornecido e expedido pela CONTRATADA, acompanhado de documento de identidade.

Parágrafo único. O referido cartão é documento pessoal e intransferível do “Beneficiário”.

Cláusula 62. O CONTRATANTE, nos casos de extravio do Cartão de Identificação do “Beneficiário”, para fins de obtenção de 2ª (segunda via), comunicará imediatamente a CONTRATADA.

Cláusula 63. O CONTRATANTE obriga-se a recolher os cartões expedidos pela CONTRATADA, na hipótese de exclusão de “Beneficiário” ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo pelos valores desembolsados pela CONTRATADA, incluindo as despesas administrativas, relativas aos atendimentos fornecidos em virtude da utilização do Cartão de Identificação do “Beneficiário”.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



Cláusula 64. Cessa a responsabilidade do CONTRATANTE a partir da entrega dos cartões de identificação dos beneficiários à CONTRATADA. Caso assim não proceda, a responsabilidade desta se estenderá até o final do prazo de validade do Cartão de Identificação do “Beneficiário”.

XIV. ENCERRAMENTO

Integram o contrato, ficando disponíveis ao **CONTRATANTE** de forma impressa (uma unidade) ou eletrônica, na escolha deste (salvo exceção expressa):

- I. proposta de adesão;
- II. guia médico e de serviços (mediante acesso ao site <https://www.unimedvtrp.com.br/guia-medico/>) ou em formato impresso;
- III. rol de procedimentos e eventos em saúde (RPES), editado pela ANS, bem como as Diretrizes de Utilização (DUT), disponibilizado no site <https://www.unimedvtrp.com.br>;
- IV. A descrição de taxas de coparticipação, mediante acesso ao <https://www.unimedvtrp.com.br/taxas> ou por solicitação presencial e via SAC.
- V. Anexo I – Termo de Confidencialidade e Tratamento de Dados Pessoais;
- VI. carta de orientação e declaração de saúde.

Parágrafo Único: Aos casos em que aplicada, a tabela de reembolso poderá ser localizada em <https://www.unimedvtrp.com.br/tabela-de-reembolso> ou presencialmente na sede e escritórios da **CONTRATADA**.

Havendo alteração dos elementos contratuais, será obrigação da **CONTRATADA** disponibilizar, ao **CONTRATANTE**, um exemplar de cada componente renovado, sendo que o **CONTRATANTE** ou qualquer beneficiário poderá obter cópia adicional do presente contrato e de seus elementos integrantes, junto à **CONTRATADA**, contanto que pague as despesas de reprodução.

O presente contrato é assinado por ambas as partes, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentais, sendo 01 (uma) via entregue ao **CONTRATANTE** e 01 (uma) cópia arquivada junto a **CONTRATADA**.

Lajeado, 12/05/2025

CONTRATANTE

CONTRATADA

**UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde
dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM TRANSPORTE AEROMÉDICO

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, observados os limites geográficos do contrato e os seguintes requisitos:

- I. solicitação do médico responsável pelo atendimento do beneficiário, no hospital em que o mesmo 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 do **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 a sua relação com a distância; o tempo de remoção; a proximidade do recurso tecnicamente mais adequado; o local do destino e, neste, a existência efetiva de reserva hospitalar; bem como a existência de ambulância adequada à remoção 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 do beneficiário estar sofrendo de uma das seguintes enfermidades, sem que esteja em coma irreversível, ou sem possibilidades terapêuticas (fase terminal):

- I. traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo;
- II. aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;
- III. traumatismo de face, que necessite cirurgia de reconstrução;
- IV. traumatismo ocular grave, com possibilidades de perda de visão;
- V. traumatismo raquimedular, que necessite cuidados intensivos;
- VI. embolia pulmonar, que necessite de assistência ventilatória e uso de trombolíticos;
- VII. choque cardiogênico, que necessite de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) dotada de recursos superiores àquela onde se encontra o beneficiário;
- VIII. cirurgia cardíaca, uma vez não havendo quem a realize no local em que for originariamente atendido o beneficiário;
- IX. pós-operatório causado por traumatismo, ocorrido em hospitais que não possuam recursos adequados;

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



- 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 comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, se, no local onde for originariamente atendido, não houver condições de tal comprovação;
- XII.** aneurisma dissecante de aorta, que necessite UTI;
- XIII.** hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão, que necessite UTI;
- XIV.** assistência ventilatória, quando esgotado todo o arsenal terapêutico no local onde for originariamente atendido, necessitando-se de UTI mais adequada;
- XV.** insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de instabilidade torácica ou aspiração de conteúdo gástrico;
- XVI.** pancreatite aguda (critério de Ranon);
- XVII.** trauma torácico com contusão pulmonar e com alterações hemodinâmicas;
- XVIII.** asma grave refratária que necessite de ventilação mecânica, no local do atendimento inicial indisponível;
- XIX.** insuficiência renal aguda, que necessite de hemodiálise, no local do atendimento inicial indisponível;
- XX.** insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
- XXI.** hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica, em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
- XXII.** estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;
- XXIII.** assistência em UTI, desde que não seja devida a tumores benignos ou malignos;
- XXIV.** politraumatismos com fraturas que necessitem cirurgia, nas quais haja comprometimento de órgãos vitais, quando não haja, no local do atendimento inicial do beneficiário, condições para tal procedimento;
- XXV.** fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
- XXVI.** fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
- XXVII.** traumas vasculares, que necessitem de cirurgia, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
- XXVIII.** intoxicações agudas, que necessitem de UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
- XXIX.** afogamento involuntário, que necessite de assistência ventilatória e UTI;
- XXX.** amputações traumáticas, com possibilidade de reimplante (respeitado o período de viabilidade cirúrgica);
- XXXI.** infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo ao tratamento



clínico; e

XXXII. picada de animais peçonhentos, com risco de vida, que necessite de atendimento em UTI.

§ 1º Fica vedado o enquadramento por semelhança, para concessão do translado.

§ 2º Em nenhuma hipótese será concedido reembolso de despesas de translado, 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 infecto-contagiosas;

II. moléstias submetidas a tratamento com material radioativo ainda contaminante;

III. de patologias incompatíveis com o transporte terrestre ou aeromédico;

IV. doenças que os submetem 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 as normas e instruções da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

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

Cláusula Sexta: Fica a entidade que execute o serviço autorizada - 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 - a deslocar o beneficiário ao local mais adequado ao seu atendimento, nas circunstâncias.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



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

Lajeado, 12/05/2025

CONTRATANTE

CONTRATADA

**UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde
dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



DO BENEFÍCIO DE REMISSÃO

Cláusula Primeira: Ao beneficiário dependente, se inscrito como tal neste contrato, é assegurado o benefício de remissão, com o direito aos serviços previstos nesta contratação, pelo prazo máximo de até 18 (dezoito) meses, a contar da data do óbito do beneficiário titular, isentado do pagamento da contraprestação econômica mensal, contanto que atendidos os seguintes requisitos indispensáveis:

I. O beneficiário titular esteja inscrito há mais de 06 (seis) meses no contrato, e conte com idade inferior a 60 (sessenta) anos, na data de seu ingresso neste contrato;

II. O beneficiário dependente, apto a usufruir do benefício de remissão, esteja inscrito há mais de 06 (seis) meses no contrato; e

III. O beneficiário dependente comprove que na data do óbito do beneficiário titular, ainda era efetivamente dependente econômico deste último.

§ Único: O não atendimento de qualquer dos requisitos previstos nesta cláusula implicará na perda do direito ao benefício de remissão.

Cláusula Segunda: O direito ao benefício de remissão também é conferido ao nascituro, considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil.

Cláusula Terceira: Toda vez que for incluído novo beneficiário dependente, após a assinatura deste contrato, o prazo de carência para a fruição do benefício de remissão é de 12 (doze) meses, com exceção do recém-nascido.

Cláusula Quarta: Perderá, imediatamente, o direito ao benefício de remissão, o beneficiário dependente que, no transcurso dos 18 (dezoito) meses de benefício, perder a condição de dependência econômica prevista neste contrato.

§ Único: A **CONTRATADA** poderá comprovar a perda da dependência econômica, por qualquer meio de prova em Direito admitida.

Cláusula Quinta: A fruição do benefício de remissão fica condicionada à apresentação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do óbito do beneficiário titular, por parte do beneficiário dependente, da Certidão de Óbito, além dos documentos comprobatórios da continuidade de sua situação de dependência econômica.

Cláusula Sexta: Findo o prazo de 18 (dezoito) meses do benefício de remissão, o beneficiário dependente não poderá retornar ao contrato coletivo do qual o titular era beneficiário, devendo, caso tenha interesse na continuidade da assistência à saúde, firmar um novo



contrato familiar, com aproveitamento das carências cumpridas.

Lajeado, 12/05/2025

CONTRATANTE

CONTRATADA

UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde
dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>





DECLARAÇÃO DE OPÇÃO

Declaro que me foi oferecido, apresentado e explicado em detalhes, pela UNIMED Vales do Taquari e Rio Pardo, todas as características de coberturas e abrangências do “Plano-Referência”, que, entre outros diferenciais, oferece assistência médico-hospitalar em todo território nacional.

Ciente disto, opto pela contratação do seguinte PLANO DE SAÚDE da UNIMED

Vales do Taquari e Rio Pardo:

() Plano de Referência (NACIONAL AMB/HOSP SEMI-PRIVATIVO – 16.11.11)

(x) Plano TOTAL CLASS B2 EMP SLIM – 497886242 (NACIONAL AMB/HOSP SEMI PRIVATIVO – 16.11.18)

Lajeado, 12/05/2025

CONTRATANTE

CONTRATADA

**UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde
dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>





DECLARAÇÃO PESSOA JURÍDICA

A CONTRATANTE declara que assume a responsabilidade pelo envio dos dados de seus empregados quando da solicitação de inclusão de beneficiários no presente plano de saúde, conforme a necessidade da CONTRATADA por ocasião das regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Declara estar ciente, ainda, que a qualidade dos dados enviados está diretamente vinculada ao disposto no Anexo I deste instrumento, que dispõe sobre a confidencialidade e tratamento de dados pessoais, segundo a Lei nº 13.709/18 (LGPD).

Lajeado, 12/05/2025

CONTRATANTE

CONTRATADA

**UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde
dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



DECLARAÇÃO PESSOA JURÍDICA

A CONTRATANTE declara que recebeu o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) anteriormente à assinatura da proposta de adesão e que entregou para cada beneficiário titular do plano um exemplar do documento. Declara, ainda, que também recebeu no ato da contratação o Guia de Leitura Contratual (GLC), assumindo a responsabilidade de entregá-lo a cada beneficiário, juntamente com seus cartões de identificação.

Lajeado, 12/05/2025

CONTRATANTE

CONTRATADA

**UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde
dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



DECLARAÇÃO DE ASSUNÇÃO DE PAGAMENTO

CANDELARIA CAMARA DE VEREADORES, com sede na **RUA FREDERICO GEWEHR, 1000**, município **CANDELARIA**, inscrita no CNPJ sob nº **89.198.428/0001-02**, telefone nº: **(51) 9989.96648**, neste ato representada por seu representante legal, Sr. (a) **JAIRA INES DIEHL**, inscrito no CPF sob o nº **576.392.720-68**, **declara**, para os devidos fins, que mantém contrato de plano de assistência à saúde coletivo empresarial, na modalidade de pré-pagamento, produto registrado na ANS sob o nº 466455128, com a UNIMED – COOPERATIVA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DOS VALES DO TAQUARI E RIO PARDO LTDA, sociedade cooperativa, inscrita no CNPJ sob o nº 87.300.448/0001-09, Operadora inscrita perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 30.639-8, com sede na Av. Pirai, nº 155, Bairro São Cristóvão, CEP 95.913.148, em Lajeado – RS.

Ainda, **declara** que a mensalidade do plano de saúde é custeada:

- (**X**) parcialmente pela empresa e o restante do valor pelo funcionário integrante de seu quadro de empregados e que figura como beneficiário deste plano.
- () integralmente pela empresa.
- () integralmente pelo funcionário integrante de seu quadro de empregados e que figura como beneficiário deste plano.

Por fim, **declara** estar ciente que eventual alteração na forma de pagamento deverá ser, imediatamente, informada à Contratada.

Lajeado, 12/05/2025

CONTRATANTE

CONTRATADA

**UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde
dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



ANEXO I

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

I. DO OBJETO

1.1 O presente Termo tem por objeto regular a relação mantida entre as partes em relação a confidencialidade das informações e ao tratamento de dados pessoais, em conformidade à legislação em vigor.

II. DEFINIÇÕES

2.1 “DADOS PESSOAIS”: qualquer informação obtida em razão da relação havida entre as partes, relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, como por exemplo: nome, CPF, endereço residencial ou comercial, número de telefone fixo ou móvel, endereço de e-mail, informações de geolocalização, número da carteira do beneficiário, entre outros;

2.2 “DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS”: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;

2.3 “DADO ANONIMIZADO”: dado relativo a titular que não possa ser identificado, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento, sem a possibilidade de reversão, consoante mesmos critérios;

2.4 “TITULAR DOS DADOS”: pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento;

2.5 “TRATAMENTO”: qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas com dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão, compartilhamento ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



2.6 “CONTROLADOR”: a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais, especialmente relativas às finalidades e os meios de tratamento de dados pessoais;

2.7 “OPERADOR”: parte que trata dados pessoais de acordo com as instruções do Controlador e em nome deste;

2.8 “AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS”: órgão responsável pela fiscalização do cumprimento das disposições da Lei Geral de Proteção de Dados, Lei Federal nº 13.709/2018 no território nacional;

2.9 “INCIDENTES”: qualquer acesso, aquisição, uso, modificação, divulgação, perda, destruição ou dano acidental, ilegal ou não autorizado, que envolva dados pessoais, incluindo vazamentos, mesmo que acidentais, relativos a falta ou insuficiência de critérios e técnicas de segurança da informação.

III. DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

3.1 Reconhecendo as partes que o tratamento de dados pessoais relacionado ao negócio jurídico entre elas existente se dá na forma de CONTROLADORA x CONTROLADORA, ambas as partes, bem como suas afiliadas, representantes, empregados, terceiros contratados para a efetivação do Contrato de Plano de Saúde firmado por tais CONTROLADORAS, tratarão os dados pessoais sempre em respeito as normas e critérios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018) e da Política de Privacidade da UNIMED VTRP.

3.2 O tratamento de dados pessoais realizado no âmbito da relação contratual existente entre as partes se dará em observância ao contexto específico de tal relação (efetivação e gerenciamento dos serviços de assistência à saúde), ficando cada uma das CONTROLADORAS responsável por concretizar os tratamentos em conformidade com as hipóteses legalmente previstas (artigos 7º e 11, LGPD) e sempre visando o cumprimento dos critérios de finalidade específica, necessidade e adequação, de modo que somente dados realmente necessários poderão ser tratados para o atingimento da finalidade específica.

3.3 Em decorrência da natureza do negócio jurídico firmado entre as partes, serão tratados dados pessoais sensíveis dos beneficiários do plano de saúde, de modo que ambas reconhecem que tais tipos de dados estão sujeitos a um maior rigor legal e, portanto, exigem maior proteção técnica e organizacional, bem como o respeito aos enquadramentos legais.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



3.3.1 Quando a UNIMED VTRP realizar operações de tratamento de dados pessoais sensíveis, deve garantir que as proteções técnicas apropriadas, aptas a manter a integridade, confidencialidade e segurança destas informações sejam implementadas, ciente de que deve realizar o tratamento apenas quando estritamente necessário para cumprir com as disposições contratuais ou mesmo para o cumprimento de normas legais ou regulamentares e os interesses dos beneficiários do plano de saúde.

3.4 Caso uma das partes efetuar o tratamento de dados pessoais sem o devido enquadramento em uma das hipóteses previstas nos artigos 7º ou 11 da LGPD, se comprometerá na obtenção de consentimento livre, informado e inequívoco dos titulares dos dados pessoais para uma finalidade determinada; ou na realização, se possível, de anonimização de tais dados, conforme requisitos previstos na LGPD; assumindo a parte que o fizer total responsabilidade pelo ato.

3.5 Em decorrência do negócio jurídico firmado pelas partes, são realizados os tratamentos dos seguintes tipos de dados pessoais dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde inscritos pela CONTRATANTE: dados cadastrais, como nome, CPF, endereço, endereço eletrônico, número de telefone, dentre outros; dados relativos à saúde e efetivação dos serviços prestados, como diagnóstico de doenças, informações de prontuários médicos e laudos de exames clínicos, código da CID-10, informações sobre utilização do plano de saúde (realização de consultas, exames, cirurgias, internações e respectivos locais e nome do médico assistente), dentre outros; dados financeiros relativos ao uso do plano de saúde; dados da relação empregatícia ou de comprovação de vínculo com a CONTRATANTE; dentre outros, conforme finalidades específicas elencadas no item 3.6.

3.6. As CONTROLADORAS somente realizarão o tratamento dos dados pessoais elencados no item 3.5 para fins de consecução da relação contratual mantida entre elas, de modo que:

3.6.1 A CONTRATANTE realizará o tratamento para: inscrição de beneficiários nos planos de saúde e comprovação de vínculo empregatício, societário ou de dependência; exclusão de beneficiários ou garantia de direitos em caso de rescisão do contrato de trabalho ou falecimento do titular do plano de saúde; análise financeira para conferência de pagamentos e desconto em folha, quando for o caso; análise do comportamento da carteira de beneficiários para fins de gerenciamento; cumprimento de normas legais ou regulatórias ou ainda Convenções e Acordos Coletivos; promoção e prevenção à saúde dos beneficiários; garantia dos direitos dos beneficiários de modo geral, na qualidade de estipulante do plano de saúde; e exercício regular de direito processual; e

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



3.6.2 A UNIMED VTRP realizará o tratamento para: inscrição de beneficiários nos planos de saúde e comprovação de vínculo empregatício, societário ou de dependência; exclusão de beneficiários ou garantia de direitos em caso de rescisão do contrato de trabalho ou falecimento do titular do plano de saúde; análise financeira para apuração dos valores a serem pagos; análise do comportamento da carteira de beneficiários para fins de gerenciamento e avaliação atuarial; auditoria técnica e financeira dos serviços prestados; execução de procedimentos de regulação técnica, administrativa e financeira; cumprimento de normais legais ou regulatórias; execução do contrato de plano de saúde; exercício regular de direito processual, contratual e administrativo; prestação de informações periódicas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); efetivação de programas de promoção à saúde, quando for o caso; garantia dos direitos dos titulares dos dados pessoais; legítimo interesse de abordagem junto aos consumidores, no interesse destes; realização de estudos epidemiológicos para fins de verificação das ações necessárias enquanto operadora de plano de saúde.

3.6.3 Não obstante as finalidades elencadas nos itens 3.6.1 e 3.6.2, considerando que a relação entre as partes é de trato sucessivo e por prazo indeterminado, poderá surgir a necessidade de tratamentos de dados pessoais relativa a novas finalidades específicas, as quais poderão ser efetivadas desde que cumpridos os requisitos da LGPD e demais legislações correlatas, bem como respeitado o contexto do negócio jurídico firmado pelas CONTROLADORAS e preservado o melhor interesse dos titulares e resguardados os seus direitos.

3.7 O compartilhamento de dados pessoais com terceiros, sejam eles contratados pela UNIMED VTRP ou pela CONTRATANTE, poderá ocorrer, prioritariamente, para fins de execução do negócio jurídico firmado entre as CONTROLADORAS, devendo os terceiros contratados se responsabilizarem pela garantia dos critérios e cuidados no tratamento dos dados pessoais definidos neste Termo e na LGPD, sendo que a CONTROLADORA que realizar o compartilhamento ficará responsável por todas as ações e omissões realizadas por tais terceiros, relativas ao tratamento dos dados pessoais, como se as tivesse realizado.

IV. DA SEGURANÇA DOS DADOS PESSOAIS

4.1 As partes declaram que possuem medidas implementadas para proteção dos dados pessoais tratados, bem como uma política de segurança da informação instituída, a qual determina medidas técnicas e administrativas capazes de garantir a integridade, disponibilidade e confidencialidade dos dados tratados, sendo que durante o

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



armazenamento dos dados pessoais, as partes se comprometem a respeitar, no mínimo, os seguintes padrões de segurança:

- I. O estabelecimento de controle estrito sobre o acesso aos dados, cuja responsabilidade de acessos, em cumprimento à legislação, ficará a cargo de cada uma das partes, consoante as finalidades do tratamento de dados determinadas em contrato;
- II. O estabelecimento de mecanismos de autenticação de acesso aos registros, usando, por exemplo, sistemas de autenticação dupla para assegurar a individualização do responsável pelo tratamento dos registros, quando aplicável;
- III. A criação de inventário detalhado dos acessos aos registros de conexão e de acesso e aplicações, contendo o momento, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso designado pela parte que estiver realizando o tratamento de dados e o arquivo acessado, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades; e
- IV. Uso de soluções de gestão de registros por meio de técnicas que garantam a inviolabilidade dos dados, como encriptação, quando aplicável.

4.2 A parte responsável pelo tratamento de dados deverá manter registro das atividades de tratamentos de dados pessoais, das transferências de dados realizadas e voltadas à consecução do contrato de plano de saúde firmado entre as partes, das medidas técnicas e organizacionais de segurança da informação, de modo a garantir a pseudonimização, anonimização e encriptação dos dados pessoais, a confidencialidade, disponibilidade, integridade e resiliência dos sistemas, capacidade de restauração de acessos aos dados pessoais em caso de incidente físico ou técnico e existência de processos de verificação contínua das medidas técnicas e organizacionais relativas à segurança do tratamento de dados pessoais.

4.3 Com a celebração do presente termo, as partes se comprometem a realizar auditorias periódicas em seus sistemas e/ ou processos administrativos internos, no mínimo anualmente, para fins de análise relativa ao cumprimento dos requisitos previstos na LGPD, podendo, tal processo, ser conduzido pela própria CONTROLADORA ou por terceiros por ela contratados, especificamente para os fins aqui previstos, com assinatura do respectivo instrumento que preveja o dever de garantia de sigilo, confidencialidade e proteção a dados pessoais.

4.3.1 Na hipótese de identificação de inconsistências ou irregularidades quando da condução das auditorias, deverá a CONTROLADORA providenciar a imediata remediação, comunicando a outra parte da inconsistência ou irregularidade assim que verificada, e comprovando que em prazo razoável a contar da ocorrência da inconsistência e/ou irregularidade, ou sempre que solicitado, e considerando a natureza de tal inconsistência e/ou irregularidade, as medidas mitigadoras e corretivas foram adotadas.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51c6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



4.3.2 As partes concordam que qualquer auditor ou empresa de segurança terceirizada, contratada para fins do disposto no *caput* desta cláusula (item 4.3), celebrará com a CONTROLADORA um contrato, termo ou documento afim, que exigirá que tal empresa: use qualquer informação confidencial da parte auditada somente para fins de inspeção ou auditoria; mantenha as informações confidenciais da parte auditada (incluindo quaisquer informações relativas a seus outros clientes) confidenciais; e, trate os dados pessoais em observância às regras aqui estabelecidas para o tratamento de dados pessoais pela parte auditada.

V. DOS DIREITOS DOS TITULARES

5.1 As partes declaram-se cientes de que devem realizar avaliações de riscos e impactos, envidando os melhores esforços, até mesmo mútuo, se for o caso, para mitigá-los; bem como garantir o exercício dos direitos dos titulares de dados pessoais em relação a:

I. Confirmação da existência do tratamento;

II. Acesso aos dados;

III. Correção de dados e sua atualização;

IV. Anonimização ou eliminação dos dados desnecessários para a finalidade específica do contrato entabulado entre as Partes e demais interesses legítimos relativos às trocas de informação, ou mesmo aqueles excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação;

V. Portabilidade de dados, se aplicável;

VI. Eliminação de dados tratados sem o consentimento do titular, quando aplicável, ou mesmo quando houver a revogação de consentimento;

VII. Revogação do consentimento, bem como a informação quanto às suas consequências;

VIII. Revisão de decisões automatizadas, se realizadas.

5.2 Quando requisitados quaisquer dos atos, por parte dos beneficiários de planos de saúde da UNIMED VTRP, relativos ao exercício de seus direitos legais, a parte que receber a solicitação, se impossibilitada de atender o pedido, comunicará à outra para fazê-lo,

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



envidando, ambas as partes, os melhores esforços para a garantia dos direitos dos titulares de dados pessoais.

VI. DAS RESPONSABILIDADES DAS PARTES

6.1 Considerando que a relação das partes é do tipo “CONTROLADORA x CONTROLADORA” e sem prejuízo das previsões da LGPD quanto ao ponto, cada CONTROLADORA será a única responsável, independentemente da necessidade de comprovação de culpa, por eventual acesso indevido, não autorizado e por vazamento ou perda de dados pessoais relativos ao tratamento de sua responsabilidade, conforme descrito no item 3.6.

6.1.1 No caso de incidente envolvendo tratamento de dados pessoais, conforme definição do item 2.9, a CONTROLADORA responsável pelo tratamento em que ocorreu tal incidente deverá enviar comunicação à outra parte, certificando-se do recebimento, imediatamente a partir da ciência do incidente, contendo, no mínimo: data e hora do incidente; data e hora da ciência pela outra parte; relação dos tipos de dados afetados pelo incidente; número de titulares afetados (volumetria do incidente) e, se possível, a relação destes indivíduos; dados de contato do Encarregado pela proteção de dados; indicações das medidas que estiverem sendo tomadas para reparar o dano e evitar novos incidentes; e descrição das possíveis consequências do evento.

6.1.2 Caso a CONTROLADORA responsável pelo tratamento de dados em que ocorreu o incidente não disponha de todas as informações elencadas no item 6.1.1 no momento do envio da comunicação, deverá enviá-las de forma gradual, garantida a maior celeridade possível.

6.2 Em razão do disposto no item 6.1, caso a CONTROLADORA que não for responsável por danos relativos ao tratamento de dados seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, fica garantido o direito de chamamento ao processo ou denunciação à lide, nos termos da legislação vigente.

6.3 O presente termo não autoriza as CONTROLADORAS a contratarem OPERADOR(ES), no todo ou em parte, para o exercício de qualquer atividade de tratamento de dados relacionada ao objeto do negócio jurídico mantido entre as partes, exceto os serviços auxiliares necessários para o normal funcionamento dos serviços das CONTROLADORAS.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



6.4 Caso uma das CONTROLADORAS assuma as sanções aplicáveis em decorrência de conduta única e exclusiva da outra, ou tenha que reparar dano, poderá exercer o direito de regresso perante a parte infratora, restritamente ao valor integral da condenação, além de custas processuais, honorários advocatícios e outras despesas envolvidas.

VII. DO TÉRMINO DA RELAÇÃO ENTRE AS PARTES

7.1 O presente termo apenas será rescindido na hipótese de rescisão do contrato de assistência à saúde firmado pelas partes, momento em que, via de regra, deverá cessar o tratamento de dados pessoais, mas respeitadas as ressalvas do item 7.2.

7.2 Rescindido o contrato de assistência à saúde firmado pelas partes, os dados pessoais tratados, em relação as finalidades previstas neste Termo, deverão ser eliminados, bem como todas as suas cópias, salvo hipóteses em que a manutenção dos dados se faça necessária para cumprimento de ordem judicial ou norma legal ou regulatória, ou ainda para ressaltar os direitos da CONTROLADORA e/ou dos titulares dos dados pessoais.

7.2.1 A Unimed VTRP se resguarda o direito de reter/armazenar os dados pessoais necessários para o cumprimento de normas legais e regulamentares enquanto operadora de planos de saúde, pelos prazos mínimos exigidos por lei, preferindo-se, sempre que possível, a forma anonimizada.

VIII. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 As CONTROLADORAS se comprometem a elaborar e manter atualizado Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais, contendo a descrição das operações de tratamento de dados pessoais que possam gerar riscos às liberdades civis e aos direitos fundamentais dos titulares dos dados, assim como as medidas, salvaguardas e mecanismos para mitigação dos riscos em caso de incidentes envolvendo dados pessoais, nos termos da LGPD.

8.2 As partes se obrigam a manter a confidencialidade e confiabilidade dos dados pessoais tratados, comprometendo-se a guardar o mais absoluto sigilo em relação aos tratamentos realizados, bem como sobre todos os documentos e informações que estejam em seu poder, ou sobre aquelas informações que venham a ter acesso em decorrência do presente instrumento, sendo-lhes vedado divulgá-las ou possibilitar que terceiros delas tomem conhecimento, durante ou após a vigência do negócio jurídico entabulado entre as partes.

8.3 As CONTROLADORAS reconhecem que o uso ou divulgação de informação confidencial

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



ou tratamento de dados pessoais de maneira incompatível com as condições deste Termo poderá causar prejuízos e danos irreparáveis, reconhecendo, também, que a parte prejudicada pelo não cumprimento do presente item, possui o direito de tomar as medidas judiciais cabíveis, independentemente de qualquer notificação judicial ou extrajudicial, a fim de evitar tal divulgação ou tratamento de dados ou ressarcir-se do prejuízo decorrente do uso não autorizado ou divulgação indevida ou vazamento de informações confidenciais e dados pessoais, respondendo a parte infratora pelo descumprimento do disposto neste Termo.

8.3.1 Neste sentido, a parte infratora se obriga a ressarcir a parte prejudicada pelos danos e despesas havidos em decorrência da não observância ao disposto neste Termo, inclusive perdas e danos, indenizações a terceiros, honorários advocatícios contratuais e sucumbenciais, além de custas processuais, sem prejuízo das demais cominações legais, desde que devidamente comprovado o prejuízo decorrente da inexecução da obrigação pela parte infratora.

8.3.2 Sem prejuízo do disposto acima (item 8.3.1), em caso de descumprimento das obrigações previstas neste instrumento, a parte infratora pagará à parte prejudicada, à título de cláusula penal, uma multa no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), a ser paga em até 05 (cinco) dias após a comprovação efetiva do prejuízo suportado pela parte prejudicada, resguardado, ainda, o direito a esta de apurar eventuais perdas e danos.

8.4 As CONTROLADORAS se comprometem a adotar políticas de boas práticas e de governança na gestão de dados pessoais, sendo que tais políticas deverão abranger o desenvolvimento de ações preventivas, educacionais e medidas organizacionais estruturadas para a difusão e aprimoramento da cultura de privacidade e proteção de dados pessoais pelos colaboradores e profissionais terceiros que agem em nome de cada CONTROLADORA, assegurando que os dados pessoais sejam tratados em observância aos princípios da boa-fé, finalidade, adequação e necessidade, bem como do livre acesso, segurança e não discriminação, de modo a garantir a transparência aos titulares e o exercício dos seus direitos.

8.5 A eventual tolerância de qualquer das partes para com a outra, na hipótese de descumprimento de qualquer item ou dispositivo contratual, não importará em novação, desistência ou alteração contratual, nem impedirá a parte inocente de exercer, contra a parte infratora, a qualquer tempo, os direitos ou prerrogativas que através do presente instrumento ou por dispositivo legal lhe são assegurados.

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



8.6 As partes elegem o Foro da Comarca de Lajeado/RS, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas ou disentendimentos relacionados ao presente Termo.

E por estarem assim justas e contratadas, as partes firmam o presente Termo, por seus respectivos representantes legais, na presença das testemunhas instrumentais abaixo relacionadas.

Lajeado, 12/05/2025

CONTRATANTE

CONTRATADA

**UNIMED – Cooperativa de Serviços de Saúde
dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda**

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida.ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



Operadora: Unimed - Coop. De Serviços de Saúde
dos Vales do Taquari e Rio Pardo
CNPJ: 87.300.448/0001-09
Nº de registro na ANS: **30639-8**
Nº de registro do produto: **497.886/24-2**
Site: www.unimedvtrp.com.br
Tel.: (51) 3714-7100

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.

3

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.

3

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.

3

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.

3

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.

6

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.

14

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 6456be3484789267568a51cf6b0fa74f9912e8d66580b8418b70c5c90c125ea3
<https://valida-ae/6d7c0e59a8a1ffd780f3eb25e78cd62e4b4310139240c4bd3>



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.	17
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.	16
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	29
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	27
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	27
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.	24
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 coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	26

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA 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

Página de assinaturas


Jaira Diehl
[Redacted]
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 02 mai 2025
09:18:47 |  | Comercial Unimed VTRP criou este documento. (Empresa: Comercial Unimed VTRP, CNPJ: 87.300.448/0028-29, Email: comercialvtrp@unimedvtrp.com.br) |
| 06 mai 2025
10:29:15 |  | Jaira Inês Diehl (Email: vereadorajaira@camaracandelaria.rs.gov.br, CPF: [Redacted]) visualizou este documento por meio do IP 45.186.88.133 localizado em Candelária - Rio Grande do Sul - Brazil |
| 06 mai 2025
10:29:27 |  | Jaira Inês Diehl (Email: vereadorajaira@camaracandelaria.rs.gov.br, CPF: [Redacted]) assinou este documento por meio do IP 45.186.88.133 localizado em Candelária - Rio Grande do Sul - Brazil |

