

### I - DADOS DA OPERADORA

A **UNITY SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE LTDA.**, inscrita sob o CNPJ de nº 46.426.569/0001-14, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – **ANS de nº 42333-5**, com sede na QS 1 - Rua 212, S/N, Lotes 20, 21 e 23, Bloco D – Salas 820 a 822, Edifício Connect Towers – Águas Claras-DF, CEP: 71.950-550, doravante denominada **OPERADORA**.

### II - IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social ASSOCIACAO DOS MORADORES DO CONDOMINIO VILLE DE MONTAGNE - AMORVILLE	
Nome Fantasia *****	CNPJ 01.470.788/0001-62
Endereço Comercial (logradouro - nº - complemento) DF001 Q 01 AREA COMUNITARIA	CEP 71.680-357
Bairro LAGO SUL	Cidade BRASÍLIA UF DF
Telefone Comercial 61 3367-3132	E-mail amorville@villedemontagne.org.br / beatriz@villedemontagne.org.br
Nome do representante legal SILVIO AVELINO DA SILVA	CPF 144.230.811-72

### III - CARACTERÍSTICAS DO PLANO CONTRATADO

Nome do plano:	LIFE SIM CORP	Área de atuação:	BRASÍLIA
Nº de Registro ANS:	497917246	Acomodação:	NÃO SE APLICA
Segmentação:	Ambulatorial	Fator moderador:	NÃO SE APLICA
Tipo de contratação:	Coletivo Empresarial	Abrangência:	MUNICIPAL

### IV - DISPOSIÇÕES INICIAIS

O contrato entrará em vigor e as faturas mensais serão devidas com base na data de protocolo do contrato na **OPERADORA**, conforme indicado no quadro a seguir. Esse início de vigência dependerá da conformidade de toda a documentação obrigatória e outros pré-requisitos com os termos estipulados no contrato. Caso essa conformidade não seja atendida, a **OPERADORA** reserva-se o direito de devolver a documentação.

Assinale com um "X" a data de entrega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entrega e protocolo da documentação	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 31	<b>Início de vigência</b>  15/12/2024
Início de vigência e vencimento da fatura	20	25	1	5	10	15	
Movimentação cadastral	30	5	10	15	20	25	

### V - NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS PARA MANUTENÇÃO DO CONTRATO E PERÍODO INICIAL

Nº mínimo de beneficiários para manutenção deste contrato	40 Beneficiários
Período inicial para se atingir o mínimo de beneficiários	15/12/2024
Data de vencimento da mensalidade	10 [DEZ]
Taxa de implantação do contrato	Não se Aplica

### VI - DA FORMAÇÃO DO PREÇO

#### ASSINALE A FORMAÇÃO DO PREÇO CONTRATADA

**Contrato Fixado em PREÇO ÚNICO.**

Contrato fixado em preço único para ativos e em faixa etária para inativos em que a empresa participa do custeio apenas para titulares ativos e seus dependentes.

A fixação do preço único para titulares ativos e seus dependentes foi obtida através de uma média ponderada da quantidade de beneficiários em cada uma das faixas etárias multiplicado pelo valor fixado para cada faixa etária na tabela de custo, considerando a quantidade de beneficiários inscritos no momento da contratação ou do presente aditamento.

**Contrato Fixado em FAIXA ETÁRIA**

Contrato fixado em faixa etária para ativos e para inativos em que a empresa participa apenas para titulares ativos e seus dependentes.

#### Disposições Comuns

A **CONTRATANTE** financiará 100 % (cem por cento) exclusivamente para os beneficiários titulares ativos inscritos e seus dependentes.

Os valores de mensalidade a serem assumidos pelos beneficiários titulares ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes, serão os previstos na tabela de custo por faixa etária, estabelecida neste instrumento. Não haverá financiamento da **CONTRATANTE** para as mensalidades dos beneficiários titulares ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes.

### VII - MENSALIDADE

Tabela de custo da mensalidade quando esta for fixada por FAIXA ETÁRIA	Valor da mensalidade, quando esta for fixada em PREÇO ÚNICO																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Faixa Etária</th> <th>Valor R\$</th> <th>% de Reajuste</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Até 18 anos</td> <td></td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>De 19 à 23 anos</td> <td></td> <td>6,00%</td> </tr> <tr> <td>De 24 à 28 anos</td> <td></td> <td>15,00%</td> </tr> <tr> <td>De 29 à 33 anos</td> <td></td> <td>12,00%</td> </tr> <tr> <td>De 34 à 38 anos</td> <td></td> <td>20,00%</td> </tr> <tr> <td>De 39 à 43 anos</td> <td></td> <td>15,00%</td> </tr> <tr> <td>De 44 à 48 anos</td> <td></td> <td>26,00%</td> </tr> <tr> <td>De 49 à 53 anos</td> <td></td> <td>23,00%</td> </tr> <tr> <td>De 54 à 58 anos</td> <td></td> <td>30,00%</td> </tr> <tr> <td>59 anos ou mais</td> <td></td> <td>45,00%</td> </tr> </tbody> </table>	Faixa Etária	Valor R\$	% de Reajuste	Até 18 anos		0%	De 19 à 23 anos		6,00%	De 24 à 28 anos		15,00%	De 29 à 33 anos		12,00%	De 34 à 38 anos		20,00%	De 39 à 43 anos		15,00%	De 44 à 48 anos		26,00%	De 49 à 53 anos		23,00%	De 54 à 58 anos		30,00%	59 anos ou mais		45,00%	<p align="center">Quantidade de beneficiários</p> <p align="center">46 [QUARENTA E SEIS]</p> <p align="center">Preço da mensalidade a ser paga por cada beneficiário inscrito</p> <p align="center">R\$ 177,19</p>
Faixa Etária	Valor R\$	% de Reajuste																																
Até 18 anos		0%																																
De 19 à 23 anos		6,00%																																
De 24 à 28 anos		15,00%																																
De 29 à 33 anos		12,00%																																
De 34 à 38 anos		20,00%																																
De 39 à 43 anos		15,00%																																
De 44 à 48 anos		26,00%																																
De 49 à 53 anos		23,00%																																
De 54 à 58 anos		30,00%																																
59 anos ou mais		45,00%																																

**VIII - PERÍODO DE CARÊNCIA**Código do **ARC** – Aditivo de Redução de Carência

CARÊNCIA PADRÃO

**IX - REAJUSTE DE CONTRATOS NÃO AGRUPADOS**

Índice para cálculo do Reajuste Financeiro

**IPC-SAÚDE/FIPE**

Retroatividade do Reajuste Financeiro

**2 MESES**

Meta de Sinistralidade

65%

**X – DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE**

- Declaro que, antes de optar pelo plano descrito neste Instrumento, fui esclarecido sobre as condições do Plano na segmentação referência, tendo sido oferecido para minha contratação. Declaro também que, antes da assinatura desse Instrumento, me foi disponibilizado o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como, as informações mínimas acerca dos tipos de contratação.
- Declaro, ainda, ter sido devidamente informado de que o Guia de Leitura Contratual – GLC será enviado ao Beneficiário Titular junto com o Cartão Individual de Identificação. Declaro, que recebi a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido por mim, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura no presente. Declaro, ainda, que me fora apresentada a tabela de custo por faixa etária deste plano, nos termos da regulamentação.
- Declaro, por fim, ter conhecimento de que poderei receber notificações da Operadora, inclusive decorrentes de inadimplência, por meio de correio eletrônico (e-mail), aplicativos que permitam a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (como WhatsApp, Messenger ou outro do tipo), ligações gravadas, SMS ou qualquer outro meio que venha a ser admitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e/ou pela lei.



Brasília, 07 de Dezembro de 2024.

Assinatura do representante legal  
da Empresa Contratante

**Nome do(a) Corretor(a)/Angariador**

VIVER BEM SERVIÇOS E NEGÓCIOS EIRELI

**CNPJ**

38.078.123/0001-18

**E-mail**

corretoraviverbem.adm@gmail.com

## SUMÁRIO

<b>Conceitos .....</b>	<b>06</b>
<b>Cláusula Primeira – Qualificação da Operadora e da Contratante.....</b>	<b>08</b>
<b>Cláusula Segunda – Atributos do Contrato.....</b>	<b>08</b>
<b>Cláusula Terceira – Condições de Admissão e Inscrição.....</b>	<b>08</b>
Seção I – Pessoas Elegíveis para a Condição de Beneficiário.....	<b>08</b>
Seção II – Inscrição do Filho Adotivo.....	<b>09</b>
<b>Cláusula Quarta – Coberturas e Procedimentos Garantidos.....</b>	<b>10</b>
Seção I – Disposições Gerais.....	<b>10</b>
Seção II – A Cobertura Ambulatorial Compreende.....	<b>10</b>
Seção III – O Presente Contrato Garante Ainda.....	<b>11</b>
<b>Cláusula Quinta – Exclusões de Cobertura.....</b>	<b>12</b>
<b>Cláusula Sexta – Duração do Contrato.....</b>	<b>13</b>
<b>Cláusula Sétima – Períodos de Carência.....</b>	<b>14</b>
Seção I – Disposições Iniciais.....	<b>14</b>
Seção II – Da Carência para os Contratos Coletivos Empresariais com mais de 30 trinta beneficiários.....	<b>14</b>
<b>Cláusula Oitava – Doenças e Lesões Preexistentes.....</b>	<b>14</b>
Seção I – Das Doenças ou Lesões Preexistentes e Respectiva Cobertura Parcial Temporária.....	<b>14</b>
Seção II – Da Alegação de Omissão no Preenchimento da Declaração de Saúde.....	<b>15</b>
<b>Cláusula Nona – Atendimento de Urgência e Emergência.....</b>	<b>16</b>
Seção I – Da Remoção.....	<b>16</b>
Seção II – Do Reembolso.....	<b>17</b>
<b>Cláusula Décima – Mecanismos de Regulação.....</b>	<b>17</b>

Seção I – Da Rede de Atendimento.....	17
Seção II – Das Condições de Atendimento.....	18
<b>Cláusula Décima Primeira – Formação do Preço e Mensalidade.....</b>	<b>19</b>
Seção I – Da Formação do Preço.....	19
Seção II – Da Mensalidade.....	19
Seção III – Do Pagamento do Beneficiário.....	20
<b>Cláusula Décima Segunda – Reajuste.....</b>	<b>21</b>
Seção I – Condições Gerais.....	21
Seção II – Índice de Reajuste para Contratos Agrupados.....	21
Seção III – Índice de Reajuste para Contratos Não Agrupados.....	22
<b>Cláusula Décima Terceira – Faixas Etárias.....</b>	<b>23</b>
Seção I – Das Mensalidades Fixadas em Função da Idade do Beneficiário.....	23
Seção II – Das Mensalidades Fixadas em Preço Único.....	24
<b>Cláusula Décima Quarta – Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos.....</b>	<b>24</b>
Seção I – Condições de Permanência no Plano para Funcionário Demitido.....	24
Seção II – Condições de Permanência no Plano para Funcionário Aposentado.....	24
Seção III – Das Disposições Comuns.....	25
<b>Cláusula Décima Quinta – Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário.....</b>	<b>26</b>
<b>Cláusula Décima Sexta – Rescisão/Suspensão.....</b>	<b>27</b>
<b>Cláusula Décima Sétima – Sigilo e das Medidas Anticorrupção.....</b>	<b>29</b>
<b>Cláusula Décima Oitava – Proteção e Privacidade dos Dados Pessoais.....</b>	<b>29</b>
<b>Cláusula Décima Nona – Disposições Gerais.....</b>	<b>31</b>
<b>Cláusula Vigésima – Eleição e Foro.....</b>	<b>32</b>

## **CONCEITOS**

Para todos os efeitos do Contrato de Cobertura de Assistência Médica Ambulatorial Coletivo Empresarial, deverão ser observados os seguintes conceitos:

- I. Área de atuação do produto:** Especificação nominal dos estados ou municípios que integram as áreas geográficas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.
- II. Área geográfica de abrangência:** Categorização do tipo de extensão territorial em que o plano de saúde possui cobertura.
- III. Carência:** Período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o CONTRATANTE paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT), já que eles correm de maneira independente e não podem ser somados.
- IV. DLP (Doença ou Lesão Preexistente):** Doença ou lesão que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- V. Acidente Pessoal:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.
- VI. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
- VII. Agravo:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente

declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **OPERADORA** e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a **OPERADORA** não optará pelo fornecimento do Agravo.

- VIII. Atendimento Ambulatorial:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares.
- IX. Atendimento Eletivo:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência.
- X. Cobertura:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e/ou odontológicas, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários.
- XI. Companheiro:** pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro.
- XII. Médico Assistente:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.
- XIII. MPS:** Documento instituído pela ANS, destinado a informar ao BENEFICIÁRIO os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do CONTRATO por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes estabelecendo assim um Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS.
- XIV. GLC:** Documento instituído pela ANS, destinado a informar ao BENEFICIÁRIO os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do CONTRATO por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes estabelecendo assim um Guia de Leitura Contratual – GLC.

## **1** **CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA E DA CONTRATANTE**

**1.1** A **Unity Saúde Serviços Integrados de Saúde LTDA.**, empresa classificada como medicina de grupo, doravante denominada **OPERADORA**, e a **CONTRATANTE** encontram-se qualificadas e identificadas, conforme dados constantes nas **Condições Gerais do Contrato**.

## **2** **CLÁUSULA SEGUNDA – ATRIBUTOS DO CONTRATO**

**2.1** Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura dos custos médicos, visando à assistência Ambulatorial com a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde, **EXCLUSIVAMENTE** de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e suas atribuições, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial, a ser prestado através de profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede credenciada pela **OPERADORA**.

**2.2** O presente contrato é de adesão, bilateral, oneroso, que geram direitos e obrigações às partes, no formado disposto no Código Civil Brasileiro. De modo que, as partes identificadas no contrato e devidamente qualificadas, doravante designadas **CONTRATANTE** e **OPERADORA**, resolvem celebrar este Contrato de Prestação de Serviços Médicos que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir ajustadas, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

## **3** **CLÁUSULA TERCEIRA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E INSCRIÇÃO**

### SEÇÃO I – PESSOAS ELEGÍVEIS PARA A CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

**3.1** Plano privado de assistência à saúde Coletivo Empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária, admitindo-se a inclusão do grupo familiar, conforme disposto a seguir.

**3.2** Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

**3.2.1** Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 557/22 da ANS e suas alterações):

- a) Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**;
- b) Os sócios da **CONTRATANTE**;
- c) Os administradores da **CONTRATANTE**;
- d) Os agentes políticos;
- e) Os trabalhadores temporários;
- f) Os estagiários e menores aprendizes.

**3.2.2** Na Qualidade de **Beneficiários Dependentes: pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:**

- a) O cônjuge, **mediante entrega à OPERADORA de cópia da certidão de casamento**;
- b) O companheiro, **havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, mediante entrega à OPERADORA de cópia de declaração lavrada em cartório ou de certidão expedida pela Vara de Família da comarca competente**;

- c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros e menores de 18 (dezoito) anos incompletos, mediante entrega à OPERADORA de cópia da certidão de nascimento ou de adoção, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se estudante em curso registrado no MEC – Ministério da Educação, mediante comprovação anual ou semestral, conforme validade do documento;**
- d) O menor **que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega à OPERADORA de cópia da decisão judicial de guarda ou tutela;**
- e) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **comprovadamente inválidos, mediante entrega à OPERADORA de atestado de invalidez.**

**3.3 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.**

**3.4** A inclusão do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será processada mediante preenchimento da Proposta de Adesão.

**3.5 Ficarà a cargo do Beneficiário Titular, quando do preenchimento da Proposta de Adesão, informar a relação dos Dependentes a serem inscritos, contendo a respectiva qualificação completa, incluindo filiação, endereço completo, número de inscrição no CPF e RG.**

**3.5.1 Ocorrendo alterações dos dados acima referidos, deverá a informação ser repassada à OPERADORA, pela CONTRATANTE.**

**3.6** A **CONTRATANTE** encaminhará à **OPERADORA** no dia de cada mês especificado nas **Condições Gerais do Contrato**, a relação dos Beneficiários que aderirem ao Plano previsto neste Contrato, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão e dos Beneficiários que forem excluídos, nos termos estabelecidos neste Contrato.

**3.7** A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pela **CONTRATANTE** será processada na data prevista nas **Condições Gerais do Contrato**, sendo que a **movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada no mesmo dia em que ocorrer o fato.**

**3.8 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será o especificado nas Condições Gerais do Contrato.**

**3.9** Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período especificado nas Condições Gerais do Contrato, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

**3.10** No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, **quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes**, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.

## SEÇÃO II - INSCRIÇÃO DO FILHO ADOTIVO

**3.11** É assegurada a inclusão do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.**

**3.11.1** A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

**3.12** Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

**3.13** A **OPERADORA** exigirá cópias de documentos que comprovem o vínculo do Beneficiário Titular com a **CONTRATANTE**, bem como das informações pessoais do Beneficiário Titular (CPF, RG, comprovante de

residência), além das condições do vínculo de dependência do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (certidão de casamento, nascimento, adoção, outros), podendo renovar a solicitação a qualquer tempo.

## **4** **CLÁUSULA QUARTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

### SEÇÃO I – DISPOSIÇÕES GERAIS

**4.1** A **OPERADORA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços credenciada ou referenciada da **OPERADORA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

### SEÇÃO II – A COBERTURA AMBULATORIAL COMPREENDE:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
  - a.1) **Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;**
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **conforme solicitação e indicação do médico assistente;**

- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;
- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- l) Hemoterapia ambulatorial;
- m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

**4.2** Na atenção ambulatorial prestada aos portadores de transtornos mentais haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos ambulatoriais decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

### SEÇÃO III – O PRESENTE CONTRATO GARANTE, AINDA:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento para a segmentação ambulatorial que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, **caso haja indicação clínica;**
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

- e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial.

## **5** **CLÁUSULA QUINTA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**5.1** Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) **Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da OPERADORA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;**
- b) **Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;**
- c) **Procedimentos de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;**
- d) **Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;**
- e) **Quimioterapia oncológica intra-tecal ou as que demandem internação;**
- f) **Procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;**
- g) **Nutrição enteral ou parenteral;**
- h) **Embolizações e radiologia intervencionista;**
- i) **Internações hospitalares;**
- j) **Procedimentos para fim de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares.**
- k) **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso *off-label*);**
- l) **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- m) **Inseminação artificial, entendida 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, entre outras técnicas;**
- n) **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- o) **Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes;**

- p) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- q) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- r) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- s) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- t) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- u) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- v) Serviços de enfermagem em caráter particular;
- w) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- x) Aparelhos ortopédicos;
- y) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- z) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- aa) Avaliação pedagógica;
- bb) Orientações vocacionais;
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- dd) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência / emergência;
- ee) Remoção domiciliar;
- ff) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- gg) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- hh) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

## **6** **CLÁUSULA SEXTA - DURAÇÃO DO CONTRATO**

**6.1** O presente Contrato possui uma **vigência mínima de 12 (doze) meses**, contados da data de início de vigência estabelecida nas **Condições Gerais do Contrato**, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

**6.2** Este Contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não se manifestar, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

## 7 CLÁUSULA SÉTIMA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

### SEÇÃO I – DISPOSIÇÕES INICIAIS

**7.1** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário dos serviços previstos neste instrumento será garantido **após cumprimento das carências especificadas no quadro abaixo**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12, da Lei nº 9.656/1998.

**7.2** Para cobertura dos procedimentos, serão exigidos os seguintes prazos de carência:

	<b>CARÊNCIA PADRÃO</b>
<b>Casos de urgência e emergência</b>	<b>24 (vinte e quatro) horas</b>
<b>Demais situações</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>Cobertura Parcial Temporária (CPT)</b>	<b>24 (vinte e quatro) meses</b>

**7.3** As eventuais concessões de redução dos prazos de carência, estarão previstas no **Aditivo de Redução de Carências - ARC**, que é parte integrante deste contrato é que deverá ser informado o código concedido do referido ARC nas **Condições Gerais do Contrato**.

**7.4** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento pela OPERADORA da sua inclusão, nos termos estabelecidos nas Condições de Admissão deste Contrato.**

### SEÇÃO II - DA CARÊNCIA PARA OS CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS COM MAIS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS

**7.3** Nos termos da Resolução Normativa nº 557/22, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, **desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.**

**7.4** A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

## 8 CLÁUSULA OITAVA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

### SEÇÃO I – DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) E RESPECTIVA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

**8.1** Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

**8.2** No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a **Declaração de Saúde**, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

**8.3** Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

**8.4** O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela **OPERADORA**, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

**8.5** Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **OPERADORA**, poderá fazê-lo, **desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.**

**8.6** O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

**8.7** É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela **OPERADORA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

**8.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a OPERADORA oferecerá a cobertura parcial temporária.**

**8.9** A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

**8.10** A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

**8.11** As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela **OPERADORA** por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela **OPERADORA** para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

**8.12** Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no *site* [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da **OPERADORA**, fazendo parte integrante deste instrumento.

**8.13 Exercendo prerrogativa legal, a OPERADORA não optará pelo fornecimento do Agravo.**

## SEÇÃO II – DA ALEGAÇÃO DE OMISSÃO NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

**8.14 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a OPERADORA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.**

**8.14.1** Instaurado o processo administrativo na ANS, à **OPERADORA** caberá o ônus da prova.

**8.14.2 A OPERADORA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.**

**8.14.3** A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

**8.14.4** Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

**8.14.5** Após julgamento, e acolhida a alegação da **OPERADORA**, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **OPERADORA**, bem como será excluído do Contrato.

**8.14.6** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

**8.15** Nos termos da Resolução Normativa nº 557/22, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não vigorará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à **CONTRATANTE**.

**8.15.1** Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).

## **9** **CLÁUSULA NONA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**9.1** Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

**9.2** Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**9.3** Será garantida a cobertura nas urgências e emergências por no máximo 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação.

### SEÇÃO I – DA REMOÇÃO

**9.4** Haverá 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.

**9.5** Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação.

**9.6** Na remoção para uma unidade do SUS, serão observadas as seguintes regras:

- quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA, desse ônus;**
- caberá à **OPERADORA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- na remoção, a **OPERADORA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

- d) **quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea “b”, a OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

## SEÇÃO II – DO REEMBOLSO

**9.7 A OPERADORA** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela OPERADORA.**

**9.8 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.**

**9.9** O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da **OPERADORA** (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela **OPERADORA** junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **OPERADORA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela **OPERADORA.**

**9.10 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.**

## **10** **CLÁUSULA DÉCIMA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

**10.1** Para obter as coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela **OPERADORA** para gerenciar e regular a utilização dos serviços prestados. **Somente terão direito aos serviços ora contratados os Beneficiários regularmente inscritos.**

### SEÇÃO I – DA REDE DE ATENDIMENTO

**10.2** O **Guia de Rede**, contendo a relação de prestadores de serviços assistenciais à saúde próprios e credenciados pela **OPERADORA**, é constantemente atualizado no portal da **OPERADORA** na Internet (<https://www.unitysaude.com.br/>) e fica permanentemente à disposição do **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO**, tanto para consulta como para impressão. Fica ainda o **Guia de Rede**, à disposição do **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO**, no horário comercial, em nosso SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente.

**10.3** Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **OPERADORA** na Internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

**10.4** Informações sobre a rede de prestadores podem também ser obtidas via telefone (61) 3020-0320 no *Call Center* (Central de Atendimento) próprio da **OPERADORA** e no App da UNITY disponível nas lojas de aplicativo.

**10.5 ATENÇÃO:** cada plano da OPERADORA possui um tipo de Guia de Rede, devendo o Beneficiário verificar os locais de atendimento no Guia vinculado ao seu plano e relacionado à abrangência geográfica definida neste Instrumento.

**10.6 A OPERADORA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços**, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

**10.7** É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

**10.8** No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

**10.9 A OPERADORA assegurará aos Beneficiários os serviços médicos, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste Contrato, conforme especificado a seguir:**

- a) **consultas: os Beneficiários serão atendidos no consultório médico escolhido, dentre os médicos credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;**
- b) **consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: os beneficiários deverão dirigir-se à OPERADORA, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos no consultório ou na clínica do profissional indicado pela OPERADORA, dentre os profissionais credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;**
- c) **atendimentos clínicos, cirúrgicos ambulatoriais, demais terapias e procedimentos ambulatoriais: os beneficiários deverão dirigir-se à OPERADORA, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos nos consultórios, clínicas, serviços ou hospitais credenciados pela OPERADORA, conforme profissional e local indicados na autorização prévia, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;**
- d) **exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: os beneficiários deverão dirigir-se à OPERADORA, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos através da rede própria e credenciada, OPERADORA, conforme local indicado na autorização prévia, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.**

**10.10** É facultado à OPERADORA direcionar a realização de consultas, exames, e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

## SEÇÃO II – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

**10.11 Deverá ser requerida à OPERADORA a emissão de autorização prévia para realização dos atendimentos garantidos por este Contrato**, à exceção de consultas e atendimentos de urgência ou emergência, em que o Beneficiário poderá dirigir-se diretamente ao prestador constante do Guia de Rede.

**10.12** Não se confunde com autorização prévia a identificação pessoal do Beneficiário promovida pelo prestador no momento do atendimento, seja por meio eletrônico (como biometria) e/ou físico (por meio de assinatura), que será realizada em qualquer caso de atendimento.

**10.13** A autorização prévia deverá ser obtida nos postos de autorização da OPERADORA.

**10.14** Para autorização de cada procedimento coberto a OPERADORA exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela OPERADORA para autorização de cada procedimento pode ser obtida em suas centrais de atendimento.

**10.15** A cobertura dos procedimentos ambulatoriais somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

**10.16** Por ocasião da concessão de autorização prévia, a **OPERADORA** garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

**10.17** É facultado a **OPERADORA** requisitar ao Beneficiário ou ao médico assistente documentações, informações adicionais e/ou perícia médica / 2ª opinião médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia / 2ª opinião da **OPERADORA**.

**10.18** Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, a **OPERADORA** deverá contatar o profissional requisitante informando da instauração da junta médica e indicando os nomes para escolha do médico desempatador. Nos termos da regulamentação, o profissional requisitante deverá responder a indicação da **OPERADORA** no prazo de 48 (quarenta e oito) horas. Na ausência de resposta no prazo, considera-se aceito o médico desempatador indicado/escolhido pela **OPERADORA**.

**10.19** Nos casos de urgência ou emergência, o Beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a autorização prévia mencionados, sob pena da **OPERADORA** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

**10.20** A **OPERADORA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com o prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do Beneficiário.

## **11** **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

### SEÇÃO I – DA FORMAÇÃO DO PREÇO

**11.1** O Plano contratado será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**11.2** Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá pagar à **OPERADORA**, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou do valor estabelecido nas Condições Gerais do Contrato, caso seja fixado preço único).

### SEÇÃO II – DA MENSALIDADE

**11.3** Para cobrança do valor de mensalidade, a **OPERADORA** enviará, ao **CONTRATANTE**, fatura de cobrança, que deverá ser quitada até o dia do mês estabelecido nas Condições Gerais do Contrato, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à **OPERADORA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

**11.4** Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **OPERADORA**.

**11.5** As faturas emitidas pela **OPERADORA** terão por base o número de Beneficiários informado pelo **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

**11.6** A **OPERADORA** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

**11.7** No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do Plano, nos termos deste Contrato, será remetido boleto único de cobrança ao Titular, com o vencimento no mesmo dia para a quitação das faturas, conforme previsto nesta Cláusula, contendo os valores de sua responsabilidade.

**11.8** Se a **CONTRATANTE**, bem como o aposentado e o empregado demitido, não receberem documento que os possibilitem realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto à **OPERADORA**, que enviará nova cobrança.

**11.9** A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE**, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

**11.10** O recebimento pela **OPERADORA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

**11.11** O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

**11.12** O pagamento dos valores devidos à **OPERADORA** referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

**11.13** No ato da assinatura deste Contrato, a **CONTRATANTE** pagará à **OPERADORA** uma taxa de implantação, no valor estabelecido nas Condições Gerais do Contrato por Beneficiário inscrito.

**11.14** Ocorrendo impontualidade no pagamento de qualquer valor de responsabilidade da **CONTRATANTE**, bem como do aposentado e o empregado demitido, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

**11.15** A **OPERADORA** se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

### SEÇÃO III – DO PAGAMENTO DO BENEFICIÁRIO

**11.16** Salvo quanto aos Beneficiários aposentados e demitidos, a **CONTRATANTE** é responsável pelo pagamento diretamente à **OPERADORA**, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a **CONTRATANTE**.

**11.16.1** Em atenção ao disposto no §1º do artigo 15 da RN nº 488, de 2022, para a determinação do custo do Beneficiário foi adotado o critério estabelecido nas Condições Gerais do Contrato.

**11.16.2** A **CONTRATANTE** e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da **CONTRATANTE** solicitar à **OPERADORA** a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

**11.16.3** Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à **CONTRATANTE**, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

**11.16.4** Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá a **CONTRATANTE** solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

**12** **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – REAJUSTE**SEÇÃO I – CONDIÇÕES GERAIS

**12.1** O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual, indicado nas **Condições Gerais do Contrato**.

**12.2** Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

**12.3** A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

**12.4** As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de implantação e segunda via do Cartão Individual de Identificação), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

**12.5** Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

**12.6** Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

**12.7** Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta **OPERADORA** com menos de 30 (trinta) beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

**12.8** A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

**12.9** No mês de março de cada ano, a **OPERADORA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

SEÇÃO II – ÍNDICE DE REAJUSTE PARA CONTRATOS AGRUPADOS

**12.10.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub-agrupamento de planos adotado pela **OPERADORA**, divulgado em seu *site*, que será no máximo o percentual obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do índice previsto nas **Condições Gerais do Contrato**, acumulada no período de abril do exercício antecedente a março do exercício da divulgação do índice de reajuste.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = S / \text{Sm} - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade estabelecida nas **Condições Gerais do Contrato**.

**12.10.2** Os percentuais de reajuste definidos, que será o percentual máximo obtido conforme fórmula acima, serão divulgados no *site* da **OPERADORA** até o 1º (primeiro) dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir da data de aniversário de cada contrato (aniversário ocorrido entre maio da divulgação do índice e abril do ano seguinte).

**12.10.3** Excepcionalmente, poderá a administração da **OPERADORA** optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de circunstâncias administrativas, comerciais e análise de viabilidade. Nesse caso, o percentual definido pela **OPERADORA** é que será divulgado no seu portal na internet e servirá para aplicação em todos os contratos do respectivo sub-agrupamento.

**12.10.4** Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

### SEÇÃO III – ÍNDICE DE REAJUSTE PARA CONTRATOS NÃO AGRUPADOS

**12.11.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do índice previsto nas **Condições Gerais do Contrato**, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade estabelecida nas **Condições Gerais do Contrato** em relação ao aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade estabelecida nas **Condições Gerais do Contrato**.

**12.11.2** Excepcionalmente, poderá a administração da **OPERADORA**, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com a **CONTRATANTE**.

**12.11.3** As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

## **13** **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – FAIXAS ETÁRIAS**

**13.1** A mensalidade a ser paga pela **CONTRATANTE** à **OPERADORA**, poderá ser determinada com base na idade do beneficiário inscrito, seguindo as faixas etárias e os percentuais de reajuste aplicados em cada uma delas, ou, poderá ser estipulado um valor fixo por beneficiário inscrito, sem sofrer variação de acordo com a faixa etária.

**13.2** A definição de cobrança das mensalidades deste contrato, estará especificada nas **Condições Gerais do Contrato**.

### SESSÃO I – DAS MENSALIDADES FIXADAS EM FUNÇÃO DA IDADE DO BENEFICIÁRIO

**13.3** Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, serão os valores previstos na tabela de custo por faixa etária, nos termos da regulamentação.

**13.4** Caso haja participação financeira da **CONTRATANTE** no custeio para os Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados mantidos neste plano, nos termos previstos neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos por esses beneficiários, serão previstos em uma tabela de preços, apresentada em anexo a este instrumento, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto à **CONTRATANTE**.

**13.5** Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

**13.6** Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

**13.7** Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

**13.8** Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

## SESSÃO II – DAS MENSALIDADES FIXADAS EM PREÇO ÚNICO

**13.9** Para fixação do preço único, foram observados os critérios já estabelecidos neste instrumento em referência a tabela de custo por faixa etária prevista nas Condições Gerais do Contrato para este Plano.

**13.10** Para os Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados mantidos neste plano, nos termos previstos neste instrumento, será observado uma das seguintes alternativas a ser expressamente prevista na Proposta de Adesão da CONTRATANTE:

- a) O mesmo preço único estabelecido para os demais Beneficiários Titulares ativos.
- b) Os valores de mensalidade a serem assumidos por esses beneficiários, serão os previstos na tabela de custo por faixa etária, estabelecida neste instrumento.

## **14** **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

### SEÇÃO I – CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO PARA FUNCIONÁRIO DEMITIDO

**14.1** A **CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, 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 das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da Lei nº 9.656/1998).**

**14.1.1** O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **CONTRATANTE** sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

**14.1.2** O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

### SEÇÃO II – CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO PARA FUNCIONÁRIO APOSENTADO

**14.2** A **CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, 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 das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da Lei nº 9.656/1998).**

**14.2.1 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.**

**14.2.2 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.**

**14.2.3** Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na **CONTRATANTE**, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

**14.2.1.4** Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na **CONTRATANTE**, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, **desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

### SEÇÃO III - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

**14.3** O **PLANO** tratado neste Contrato destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

**14.4** O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o PLANO no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que esteja inscrito no plano no momento da perda do vínculo e tenha contribuído para o PLANO em algum momento anterior. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.

**14.5** A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar **inscrito quando da vigência do contrato de trabalho**, a critério do próprio titular.

**14.5.1** O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

**14.5.2** Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, **desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

**14.6** As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**14.7** A **admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à OPERADORA ou à contratante, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.**

**14.7.1** Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

- a) **O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;**
- b) **O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.**

**14.8** É assegurado ao Beneficiário Titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do

período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, o direito de exercer a portabilidade de carências, **nos termos previstos na regulamentação vigente.**

**14.8.1** Além da portabilidade mencionada neste item, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor.

**14.9** O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício.

**14.9.1** Nos planos coletivos custeados integralmente pela **CONTRATANTE**, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

## **15** **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**15.1** Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) **solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;**
- b) **perda da qualidade de Titular**, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c) **perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;**
- d) **inadimplência do Beneficiário**, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à **OPERADORA**;
- e) **situações decorrentes das políticas internas da CONTRATANTE.**

**15.2** Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a **OPERADORA**, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

**15.3** Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO tratado neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá obrigatória e expressamente informar à **OPERADORA**:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN 488/22, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na **CONTRATANTE** após a aposentadoria;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- e)
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

**15.4** Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

**15.5** A **OPERADORA** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da **CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a **OPERADORA**, nos termos da regulamentação.

**15.6 O Beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.**

**15.7 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a OPERADORA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.**

**15.8** A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

**15.9** O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, vencidos e vincendos, incluídos os valores de contribuição mensal e de eventual coparticipação.

**15.10** Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela **CONTRATANTE** para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

**15.11** A **OPERADORA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a exclusão do Beneficiário do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **OPERADORA**.

**15.12** É responsabilidade da **CONTRATANTE** comunicar, com antecedência, ao beneficiário inscrito no plano a sua exclusão.

## **16** **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO**

**16.1** Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização à **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, independente de notificação prévia, nas hipóteses seguintes:

- a) **Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da OPERADORA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;**
- b) **Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;**
- c) **Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;**
- d) **Perda da personalidade jurídica do CONTRATANTE, baixa ou inaptidão de seu CNPJ (ou equivalente);**
- e) **Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial da CONTRATANTE;**

f) **Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.**

**16.2** Na hipótese de redução do número de Beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a **OPERADORA** poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá à **CONTRATANTE** pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.

**16.3** Independente do direito de rescindir o Contrato após 30 (trinta) dias de inadimplência, a **OPERADORA** poderá ainda suspender os atendimentos após 05 (cinco) dias sucessivos de falta de pagamento.

**16.4** Após o término do prazo mínimo de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o Contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

**16.5** Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, o valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da **OPERADORA** de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

**16.6** Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela **CONTRATANTE** para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

**16.7** Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

**16.8** A **OPERADORA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **OPERADORA**.

**16.9** É responsabilidade da **CONTRATANTE** comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

**16.10** A Rescisão do contrato, nos termos tratados neste instrumento, não exime a **CONTRATANTE** de quitar eventuais débitos com o PLANO, vencidos e vincendos, incluídos os valores de contribuição mensal e de eventual coparticipação.

**16.11** Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela **CONTRATANTE**, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela **OPERADORA**, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a **OPERADORA** possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) Deverá o Beneficiário solicitar à **OPERADORA** a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;
- c) Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

## **17** **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – SIGILO E DAS MEDIDAS ANTICORRUPÇÃO**

**17.1** As PARTES reconhecem que, no desempenho das responsabilidades definidas por este Contrato, poderão inadvertidamente ter acesso a informações exclusivas ou confidenciais de seus clientes ou de terceiros, seja de forma voluntária ou involuntária. Por essa razão, comprometem-se a manter total confidencialidade e sigilo em relação a todos os aspectos deste Contrato, bem como a todos os dados, correspondências, documentos e informações aos quais possam ter acesso durante a duração deste acordo, seja oralmente ou por escrito. Não estão autorizadas, de forma alguma ou por qualquer motivo, a divulgar, reter, transferir ou de qualquer modo disponibilizar essas informações, exceto mediante autorização prévia e por escrito da outra parte ou das pessoas diretamente envolvidas.

**17.2** Caso uma das PARTES seja requerida por uma ordem judicial a divulgar essas informações, deverá comunicar imediatamente à outra parte e empreender todos os esforços legais necessários, às suas expensas, para evitar tal divulgação. Se, contudo, não for possível impedir a revelação, a parte afetada deve divulgar somente a porção estritamente indispensável das informações para atender à ordem judicial.

**17.3** As obrigações previstas nesta Cláusula deverão permanecer em vigor pelo prazo de 05 (cinco) anos após o término ou rescisão deste Contrato.

**17.4** As partes se comprometem a não oferecer, dar ou aceitar, direta ou indiretamente, pagamento, presente ou vantagens indevidas por meio de seus funcionários, administradores, diretores, representantes ou subcontratados nos negócios privados ou nas relações com o poder público, no que tange a quaisquer questões relativas ao objeto do presente Contrato, que:

- a)** violem a legislação vigente aplicável à matéria, a qual estão sujeitas as partes, em especial o Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/40);
- b)** possuam, como finalidade, influenciar ou recompensar qualquer pessoa por agir em desacordo com o princípio da boa-fé, imparcialidade, verdade real ou que seja imprópria a aceitação por parte do destinatário;
- c)** forem destinados a agente público com a intenção de influenciá-lo a dar ou manter vantagem indevida na condução dos negócios;
- d)** forem considerados ilegais, impróprios ou antiéticos por pessoa média, pautada na razoabilidade e proporcionalidade.

## **18** **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – PROTEÇÃO E PRIVACIDADE DOS DADOS PESSOAIS**

**18.1** As PARTES afirmam possuir plena ciência das disposições legais e princípios delineados na Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) e assumem o compromisso de segui-los. Comprometem-se a adotar todas as medidas técnicas e administrativas de segurança conforme estipulado na legislação pertinente, para assegurar a integridade, privacidade e salvaguarda dos dados confiados a elas em virtude da natureza dos serviços prestados, seja em relação a beneficiários, colaboradores, representantes ou agentes legais.

**18.2** Para fins do disposto neste instrumento, deverão ser considerados os seguintes conceitos:

- a)** Dado pessoal - informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável;
- b)** Dado pessoal sensível - toda informação de origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente a saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;
- c)** Tratamento - toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;
- d)** Anonimização - utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo;

- e) Controlador - pessoal natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;
- f) Operador - pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador;
- g) Agentes de tratamento - Controlador e Operador;
- h) Titular - pessoal natural a quem se referem os dados que são objeto de tratamento.

**18.3** Todos as definições adotadas neste instrumento deverão ser aquelas descritas na LGPD ou outra que venha substituí-la. A eventual alteração de qualquer conceito na referida norma legal deverá ser imediatamente aplicável a este instrumento, independente da assinatura de quaisquer outras documentações fixadas entre as partes.

**18.4** Quando houver participação simultânea na determinação das finalidades e meios de tratamento dos dados pessoais, as Partes serão denominadas controladoras conjuntas. As Partes somente se caracterizarão como operadora quando realizarem o tratamento de dados em nome do controlador, conforme finalidades por este delimitadas. Portanto, as Partes se responsabilizam, conforme artigo 42 da Lei nº 13.709/18, pelo tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis que realizar, e ainda, em relação as suas próprias operações.

**18.5** As PARTES estão cientes e concordam que caso haja necessidade de coletar e tratar dados de titulares menores de doze anos de idade, a parte que venha coletar os dados compromete-se a obter o consentimento específico e destacada de pelo menos um dos pais ou responsável legal pela criança para realização do tratamento nos termos do artigo 14, parágrafo 1º da LGPD.

**18.6** As PARTES estão cientes de que é vedada a comunicação ou o uso compartilhado de dados pessoais sensíveis, referentes à saúde, entre controladores com o objetivo de obter vantagem econômica, exceto nas hipóteses relativas a prestação de serviço de saúde, assistência farmacêutica e de assistência à saúde, respeitada a proibição da prática de seleção de riscos nas contratações de planos privados de assistência à saúde, nos termos do artigo 11, parágrafos 4º e 5º da Lei nº 13.709/18.

**18.7** As PARTES apenas compartilharão, transferirão ou de qualquer outra forma disponibilizarão para acesso entre si, os dados pessoais e dados pessoais sensíveis que são atualizados, exatos, pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação as finalidades de cada tratamento, em observância aos princípios da LGPD, elencados no artigo 6º da referida lei.

**18.8** Os dados pessoais e dados pessoais sensíveis compartilhados entre as partes deverão ser armazenados em local seguro, adotando as melhores práticas de mercado para que não sejam acessados indevidamente ou, de alguma forma, violados e vazados.

**18.9** Os dados pessoais e pessoais sensíveis dos titulares deverão ser eliminados tão logo seja verificado o esgotamento da finalidade do presente instrumento, ou preservados e submetidos ao procedimento de anonimização para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, exercício do direito de defesa em processo judicial, administrativo ou arbitral, ou ainda para o uso exclusivo da Operadora no âmbito e nos limites técnicos de suas atividades, conforme artigo 16 da nº 13.709/18.

**18.10** O cumprimento de obrigações regulatórias ou o fim do prazo regulamentar de guarda dos dados, definidos pelos órgãos reguladores das atividades objeto do presente instrumento, conforme dispõe o artigo 16, incisos I e IV, da Lei nº 13.709/18, sob pena de aplicação do disposto no artigo 42, § 1º, inciso I, da LGPD.

**18.11** Cada PARTE é responsável por disponibilizar sistema que possibilite acesso e suporte aos titulares dos dados pessoais para a efetivação dos direitos previstos na LGPD, sempre quando aplicado ao caso, por meio de canal próprio de atendimento ao titular devendo cada Parte comunicar à outra sobre as demandas feitas por titulares, sem que passíveis de afetar os tratamentos realizados pela outra.

**18.12** As PARTES deverão utilizar políticas e sistemas de proteção de tratamento de dados pessoais de forma estruturada para atender aos requisitos de segurança, aos padrões de boas práticas, governança e aos princípios gerais previstos na LGPD, bem como as demais normas regulamentares, medidas de resposta de incidentes de segurança envolvendo dados pessoais.

**18.13** As PARTES se comprometem a notificar à outra, em até 72 (setenta e duas) horas úteis, sobre qualquer incidente, destruição, perda, alteração, revelação ou acesso acidental, não autorizado ou ilegal aos dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos titulares, e tomarão medidas imediatas e necessárias para

corrigir qualquer tipo de violação de segurança, bem como fazer as devidas comunicações aos órgãos Reguladores, em especial à Autoridade Nacional de Proteção de Dados - ANPD.

**18.14** Em caso de violação culposa, dolosa ou mediante fraude dos direitos do titular de dados pessoais ou das normas aplicáveis ao tratamento de dados pessoais, que comprometam, principalmente, a confidencialidade, a integridade e/ou segurança dos dados que lhes foram disponibilizados, será garantido a outra parte o direito de regresso previsto no § 4º do artigo 42 da Lei nº 13.709/18.

## **19** **CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DISPOSIÇÕES GERAIS**

**19.1** Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

**19.2** A **OPERADORA** fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a **OPERADORA** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

**19.3** É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **OPERADORA**, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **OPERADORA**, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente instrumento.

**19.4** Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

**19.5** O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da **OPERADORA**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

**19.6** Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à **OPERADORA**, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela **OPERADORA**.

**19.7** As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela **OPERADORA**.

**19.8** A **OPERADORA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

**19.9** Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre **CONTRATANTE** e **OPERADORA**.

**19.10** Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**19.11** O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a **OPERADORA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

**19.12** Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

**19.13** A **OPERADORA** não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os profissionais credenciados e/ou não credenciados pela **OPERADORA**.

**19.14** Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se, quando for o caso: Proposta de Adesão, Formulário de Inclusão - FI, Declaração de Saúde, Tabela de Reembolso, Guia de Rede, GLC e MPS.

## 20 **CLÁUSULA VIGÉSIMA – ELEIÇÃO DE FORO**

**20.1** Fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Brasília, 07 DEZEMBRO 2024.




**UNITY SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE LTDA**  
**Operadora**  
**Representante Legal**

ASSOCIACAO DOS MORADORES DO CONDOMINIO VILLE DE MONTAGNE - AMORVILLE

**Contratante**

**Representante Legal** SILVIO AVELINO DA SILVA





# PROPOSTA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ASSOCIACAO DOS MORADORES DO CONDOMINIO VILLE DE  
MONTAGNE - AMORVILLE

**US** | **UNITY  
SAÚDE**   
Juntos para cuidar de você

# NOSSA IDENTIDADE



Nascida da paixão e experiência de profissionais que, desde 2005, se dedicam a garantir acesso à saúde, a Unity surge não apenas como um plano de saúde, mas como uma nova forma de viver bem.

Em continuidade a essa missão de mais de uma década, nos unimos no propósito de fazer a diferença, oferecendo suporte confiável para ajudar as pessoas em todas as etapas de sua jornada de saúde, fazendo-as sentir mais saudáveis e plenas.

Ao adquirir um de nossos planos, nossos clientes têm a certeza de contar com uma rede de profissionais de saúde, hospitais e clínicas preparados para atender com a máxima eficiência e cuidado.

# NOSSOS VALORES



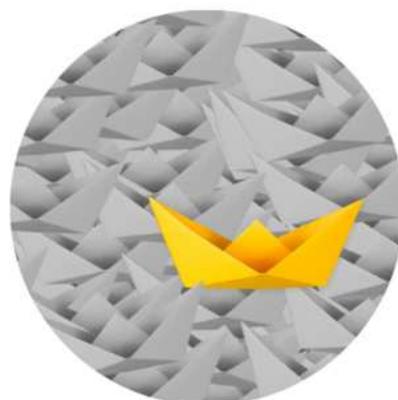
**U** **união**  
Nossa força reside na colaboração e na lealdade que compartilhamos.

**N** **Norte**  
Mantemos um compromisso com nossa visão e propósito, servindo como nosso guia constante.

**I** **Integração**  
Cada integrante do nosso time é valorizado e parte indispensável na concretização do nosso propósito.

**R** **Respeito**  
Valorizamos todos os indivíduos, reconhecendo e honrando suas singularidades.

# NOSSOS DIFERENCIAIS



Atendimento  
personalizado



Qualidade a  
preços justos



Equipe experiente  
e capacitada



Compromisso com  
o seu bem-estar



Parcerias de  
confiança em saúde



+ Benefícios

# NOSSA REDE



\*PRINCIPAIS PRESTADORES

# NOSSA PROPOSTA

## CARACTERÍSTICAS DOS PRODUTOS

NOME DO PLANO	Life Sim Corp	Life Vital Copart Corp
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial	Ambulatorial
FATOR MODERADOR	Sem Coparticipação	Com coparticipação
ACOMODAÇÃO	Não se Aplica	Não se aplica
PRECIFICAÇÃO	Linear	Linear
0 a 18	R\$ 177,19	R\$ 171,16
19 a 23		
24 a 28		
29 a 33		
34 a 38		
39 a 43		
44 a 48		
49 a 53		
54 a 58		
59 ou mais		
Valor total	R\$ 8.150,74	R\$ 7.873,36

## PERFIL DA CARTEIRA

FAIXA ETÁRIA	TITULAR		DEPENDENTE	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0 a 18	0	0	7	6
19 a 23	1	2	0	0
24 a 28	6	1	0	1
29 a 33	2	1	0	0
34 a 38	6	2	0	1
39 a 43	9	4	1	1
44 a 48	1	3	0	1
49 a 53	1	4	0	0
54 a 58	3	0	1	1
59 ou mais	2	0	0	0
TOTAL	31	17	9	11
68 VIDAS				

Quantidade de pessoas com doenças crônicas	0
Quantidade de pessoas em curso de tratamento	0

# COPARTICIPAÇÃO

## REGRAS DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITE POR ÍTEM
Consulta Eletiva	30%	R\$ 25,00
Consulta de Emergência - PS	30%	R\$ 45,00
Exames Simples*	30%	R\$ 12,00
Exames complementares	30%	R\$ 36,00
Exames especiais	30%	R\$ 58,00
Terapias	30%	R\$ 15,00
Cirurgias e Internações	30%	R\$ 195,00

- Os valores coparticipação serão reajustados anualmente, no mesmo percentual e periodicidade aplicados à contraprestação pecuniária.
- \*Exames Simples: os procedimentos classificados neste grupo até o limite de R\$ 12,00 (doze) reais (de acordo com a tabela CBHPM 5ª Edição com UCO de R\$ 14,00) serão isentos de coparticipação.
- Os procedimentos integrantes de cada grupo poderão ser consultados na central de atendimento da Operadora.
- Para os planos com segmentação assistencial hospitalar, haverá cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato não cumulativos.
- A cobrança da coparticipação terá um limitador mensal de R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) por beneficiário, não sendo cumulativo este valor.

# CONDIÇÕES COMERCIAIS

## DA PROPOSTA



**ASSOCIACAO DOS MORADORES DO CONDOMINIO VILLE DE MONTAGNE – AMORVILLE – 02/11/2024**

**A precificação da presente proposta levou em consideração as seguintes informações apresentadas:**

- O perfil etário (distribuição por idade e sexo) apresentado reflete a expectativa de beneficiários que irão aderir ao plano;
- Não constam no grupo de titulares afastados pelo INSS ou aposentados;
- Existem dependentes no grupo apresentado;
- Não existem beneficiários em tratamento de alto custo (terapias oncológicas, terapia hemodialítica, genética, etc.)
- Existem beneficiários portadores de doenças crônicas preexistentes;
- Caso sejam identificadas preexistência não declaradas, a proposta sofrerá ajuste na precificação;
- A variação do número de vidas não poderá ultrapassar de 10% do quantitativo total de vidas precificados, por faixa etária;
- Período de vigência do contrato: 12 meses;
- Essa proposta tem validade de 15 dias a contar da data de sua emissão;
- Proposta emitida para VIVER BEM.



# A UNITY SAÚDE

está pronta para ser sua aliada, oferecendo soluções inovadoras e cuidados personalizados.

---

unitysaude.com.br  
(61) 3020-0320

**US** | **UNITY SAÚDE**

ANS n.º 42333-5

QS 01 Rua 212 - Connect Towers - Salas 820 a 822  
Águas Claras - Brasília/DF - CEP: 71950-550

Página de assinaturas

**Braulio Araujo**  
011.569.911-29  
Signatário

**Silvio Silva**  
144.230.811-72  
Signatário

**UNITY SAÚDE**  
Unity Saúde  
Signatário

HISTÓRICO

- 12 dez 2024** 17:50:10 **UNITY SAÚDE** criou este documento. ( Empresa: Unity Saúde, CNPJ: 46.426.569/0001-14, Email: comercial@unitysaude.com.br, CPF: 865.123.151-20 )
- 13 dez 2024** 10:23:49 **Braulio Cesar Medeiros Araujo** (Email: corretoraviverbem.adm@gmail.com, CPF: 011.569.911-29) visualizou este documento por meio do IP 138.94.164.122 localizado em Valparaíso de Goiás - Goiás - Brazil
- 13 dez 2024** 10:23:49 **Braulio Cesar Medeiros Araujo** (Email: corretoraviverbem.adm@gmail.com, CPF: 011.569.911-29) assinou este documento por meio do IP 138.94.164.122 localizado em Valparaíso de Goiás - Goiás - Brazil
- 13 dez 2024** 13:21:19 **Silvio Avelino Da Silva** (Email: amorville@villedemontagne.org.br, CPF: 144.230.811-72) visualizou este documento por meio do IP 138.59.248.34 localizado em Brazil
- 13 dez 2024** 18:08:49 **Silvio Avelino Da Silva** (Email: amorville@villedemontagne.org.br, CPF: 144.230.811-72) assinou, com validação biométrica, este documento por meio do IP 138.59.248.34 localizado em Brazil
- Acesse o link ou escaneie o QRCode para visualizar os dados biométricos <https://valida.ae/ad60ebfbb8ca11ef9d0342010a2b610d?sv>
- 16 dez 2024** 09:08:12 **UNITY SAÚDE** (comercial@unitysaude.com.br) aprovou manualmente a verificação biométrica de **Silvio Avelino Da Silva** (amorville@villedemontagne.org.br)
- 12 dez 2024** 17:50:11 **UNITY SAÚDE** (Empresa: Unity Saúde, Email: comercial@unitysaude.com.br, CPF: 865.123.151-20) visualizou este documento por meio do IP 45.4.80.250 localizado em Brasília - Federal District - Brazil



16 dez 2024  
09:08:18



**UNITY SAÚDE** (Empresa: *Unity Saúde*, Email: *comercial@unitysaude.com.br*, CPF: 865.123.151-20) assinou este documento por meio do IP 45.4.80.250 localizado em Brasília - Federal District - Brazil

