



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

TERMO DE ADESÃO DA FATURA DIGITAL VIA E-MAIL DO PLANO DE SAÚDE UNIMED VITÓRIA

A Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico, com o intuito de oferecer mais uma facilidade para seus Clientes, criou a Fatura Digital.

A Fatura Digital é um documento comercial emitido em formato eletrônico e tem o mesmo valor que a fatura em papel, uma vez que contém todas as menções obrigatórias para qualquer fatura, satisfazendo plenamente as condições exigidas por lei, a fim de garantir a autenticidade de sua origem e a integridade de seu conteúdo.

Ao aderir à Fatura Digital, o Cliente autoriza a Unimed Vitória a encaminhar todas as faturas para o e-mail cadastrado e passará a ter acesso ao boleto de sua fatura mensal - com número do código de barras, valor e data de vencimento - via E-MAIL ("Fatura Digital"), facilitando o seu dia a dia. O Cliente contará com mais praticidade e mobilidade, podendo verificar o detalhamento de seus gastos com toda comodidade e segurança, acessando a opção 'clientes ou empresas' no site www.unimedvitoria.com.br, bem como contribui, ainda, para a preservação do meio ambiente, com a redução do uso de papel.

Com isso, o Cliente autoriza a Unimed Vitória a emitir, a partir do próximo faturamento, a Fatura Digital via e-mail em substituição à fatura enviada regularmente pelos Correios, de acordo com as seguintes condições:

- i. **O não recebimento da Fatura Digital, via e-mail, não eximirá o Cliente da obrigação de efetuar o pagamento até a data do seu vencimento, sob pena de incorrer em todas as penalidades decorrentes do inadimplemento previstas no Contrato com a Unimed Vitória;**
- ii. **Na ocorrência da hipótese prevista no item i., fica o Cliente responsável por acessar o site www.unimedvitoria.com.br, na aba de clientes, ou entrar em contato com a Central de Atendimento através do número 0800 026 0080, para solicitação da respectiva fatura e a devida efetivação do pagamento até o prazo do seu vencimento;**
- iii. **O Cliente é responsável por informar à Unimed Vitória a respeito da alteração de seus dados cadastrais e/ou do endereço de e-mail, para atualização e readequação dos novos dados, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do vencimento.**

A adesão inibe automaticamente a expedição pelos Correios ou qualquer outro meio que não seja o digital (e-mail); entretanto, a depender da data de corte da fatura e do momento de adesão pelo Cliente, há a possibilidade de ser/ter sido enviada a última fatura ainda por correio tradicional.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Com a adesão, o Cliente declara, para todos os fins, que recebeu da Unimed Vitória todas as informações necessárias ao acesso da Fatura Digital via e-mail, não podendo alegar qualquer desconhecimento em caso de eventual atraso ou não pagamento da fatura.

A Unimed Vitória não se responsabilizará por falhas, desligamento ou incompatibilidade do equipamento do Cliente; problemas nos serviços contratados pelo Cliente junto às operadoras de serviço de dados; e acesso de terceiros às informações enviadas, ficando o Cliente inteiramente responsável pela guarda e armazenamento dos seus e-mails.

O presente TERMO DE ADESÃO passa a fazer parte integrante do Contrato de Prestação de Serviço, celebrado entre o Cliente e a Unimed Vitória, e entrará em vigor na data de sua aceitação e possui prazo indeterminado. O Cliente pode solicitar o cancelamento da adesão à Fatura Digital via e-mail, a qualquer tempo após a adesão e voltar a receber a fatura fisicamente pelos Correios.

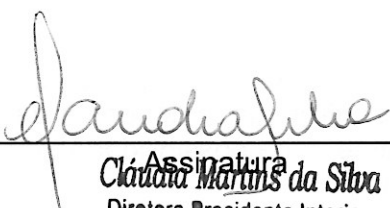
O cancelamento deverá ser feito pelo Cliente, exclusivamente, através do site www.unimedvitoria.com.br, na aba de clientes ou empresas, ocasião na qual receberá, via e-mail, o termo de cancelamento do serviço de Fatura Digital.

A Unimed Vitória poderá, a qualquer tempo e mediante comunicação prévia de 30 (trinta) dias de antecedência, agregar e/ou retirar funcionalidades do serviço, além de introduzir modificações no presente TERMO DE ADESÃO, conforme regulamentação em vigor.

Importante atentar que a Unimed Vitória não envia e-mail com solicitações de dados confidenciais. Caso receba alguma mensagem desse estilo e/ou com conteúdo duvidoso, desconsidere e entre em contato conosco imediatamente.

Declaro que li e estou ciente das regras descritas acima.

Cliente/Empresa:	CIA DE MELHORAMENTOS E DESENVOLVIMENTO URBANO GUARAPARI
CPF/CNPJ:	30.738.033/0001-02
E-mail:	fernanda.lacerda@guarapari.es.gov.br / nandalacerda_rp@hotmail.com
Data Adesão:	


Assinatura
Cláudia Martins da Silva
Diretora Presidente Interina
CODEG

3.2 Este termo aditivo entra em vigor a partir da data de sua assinatura, permanecendo em vigor as demais cláusulas contratuais e anexos não modificados e que não sejam contrários ao disposto neste instrumento.

E, por estarem assim justas e contratadas, as Partes assinam este termo aditivo, em 02 (duas) vias de igual forma e teor, na presença de duas testemunhas, obrigando-se por si, seus herdeiros e sucessores, a cumpri-lo fielmente, em todas as suas cláusulas e condições.

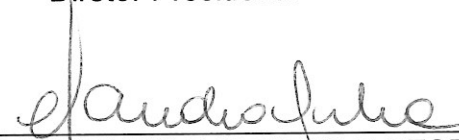
Vitória/ES, ____ de ____ de ____.

UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CONTRATADA

Dr. Fernando Ronchi
Diretor Presidente

Dr. Gustavo Peixoto Soares Miguel
Diretor de Mercado

x 

CIA DE MELHORAMENTOS E DESENVOLVIMENTO URBANO GUARAPARI

Cláudia Martins da Silva
Diretora Presidente Interina
CODEG

– CODEG
CONTRATANTE

Nome:

Função:

CPF:

Testemunhas:

x

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Chlorine Residue in Soil
Determined by the
Coulometric Method



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA – CONTRATADA

Razão Social: Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico.

CNPJ: 27.578.434/0001-20.

Registro da operadora na ANS: 35739-1.

Classificação da operadora: Cooperativa Médica.

Endereço: Avenida Cezar Hilal, nº 700, 3º Andar - Bento Ferreira, Vitória/ES.

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social: Cia de Melhoramentos e Desenvolvimento Urbano Guarapari - CODEG

CNPJ: 30.738.033/0001-02

Endereço: Rua Clementino Buthik, nº 76, Muquiçaba, Guarapari/ES

CEP: 29.215-025

PRODUTO CONTRATADO

Nome Comercial: Personal Ambulatorial

Tipo de contratação: Coletivo empresarial

Segmentação assistencial do plano de saúde: Ambulatorial

Área de abrangência geográfica: Grupo de Municípios

Área de atuação: Aracruz, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Guarapari, Linhares, São Mateus, Serra, Vila Velha e Vitória

Formação do preço: Pré-Estabelecido

Nº ANS: 476.488/16-9

Considerando que entre as Partes foi firmado contrato de prestação continuada de serviços médico-hospitalares, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/1998;



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional



Considerando que pelas Partes identificou-se a necessidade de adequação dos itens 5.2 e 17.3 do contrato de Plano de Saúde Personal Ambulatorial (476.488/16-9), a fim de prever e atender as obrigações descritas na Lei nº 8.666/1993, no que tange à prorrogação e rescisão do contrato.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes qualificadas como CONTRATANTE e CONTRATADA, resolvem aditar o Contrato do Plano Personal Ambulatorial registrado na ANS sob o nº 476.488/16-9, conforme cláusulas e condições a seguir.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA V DURAÇÃO DO CONTRATO

1.1 Fica **ALTERADO** do contrato original o item 5.2 da cláusula V DURAÇÃO DO CONTRATO, que passa a vigorar conforme a redação descrita a seguir.

5.2 O presente contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data de início da vigência estabelecida na Proposta de Adesão, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora, sendo admitida a prorrogação contratual, nos termos e condições do art. 57, da Lei nº 8.666/1993.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA XVII RESCISÃO / SUSPENSÃO

2.1 Fica **ALTERADO** do contrato original o item 17.3 da cláusula XVII RESCISÃO / SUSPENSÃO, que passa a vigorar conforme a redação descrita a seguir.

17.3 O presente contrato será rescindido nas hipóteses e na forma prevista no art. 79, da Lei no 8.666/1993.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1 A CONTRATANTE obriga-se a dar ciência a todos os beneficiários vinculados a este contrato quanto aos termos deste aditivo, isentando-se a CONTRATADA de toda e qualquer reclamação alegando desconhecimento das presentes alterações, que porventura venham a ser por quaisquer deles apresentadas.



PROPOSTA DE ADESAO

Coletivo Empresarial

Corporativo



CÓDIGO DO CONTRATO

Nº

(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELA UNIMED VITÓRIA)

IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO					REGISTRO NA ANS Nº 357391
ENDEREÇO AV. CEZAR HILAL, 700, 3º ANDAR - BENTO FERREIRA - VITÓRIA - ES - CEP: 29.050-903			INSCRIÇÃO NO CNPJ 27.578.434/0001-20		TELEFONE 0800 026 0080
RESPONSÁVEL FERNANDO RONCHI GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL	RG 261782-SPC/ES 1006759-SSP/ES	ESTADO CIVIL CASADO DIVORCIADO	NACIONALIDADE BRASILEIRA BRASILEIRA	PROFISSÃO MÉDICO MÉDICO	CARGO DIRETOR PRESIDENTE DIRETOR

DADOS DA CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL
CIA DE MELHORAMENTOS E DESENVOLVIMENTO URBANO GUARAPARI

NOME FANTASIA
CODEG

CNPJ/CAEPF
30.738.033/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

ENDEREÇO (CONFORME CARTÃO CNPJ/CAEPF)
R CLEMENTINO BUTHIK,

Nº
76

BAIRRO
MUQUICABA

CIDADE
GUARAPARI

UF
ES

CEP
29.215-025

COMPLEMENTO

NOME DO GESTOR DO CONTRATO OU GESTOR DE RECURSOS HUMANOS
FERNANDA PORTO LACERDA

E-MAIL
fernanda.lacerda@guarapari.es.gov.br
nandalacerda_rp@hotmail.com

DDD
(27)

TELEFONE
3361-1167

DDD
(27)

CELULAR
99925-4220

DDD

FAX

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Nº

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

COMPLEMENTO

DDD

TELEFONE

DDD

CELULAR

DDD

FAX

PRODUTO CONTRATADO (MARQUE COM UM "X" O TIPO DE CONTRATAÇÃO)

PERSONAL AMBULATORIAL	☒ AMBULATORIAL [476.488/16-9]
PERSONAL AMBULATORIAL COPARTICIPATIVO	☐ AMBULATORIAL [481.293/18-0]
PERSONAL SMART	☐ ENFERMARIA [483.442/19-9]
PERSONAL SMART INTEGRAL	☐ ENFERMARIA [484.671/19-1]
FÁCIL PERFIL FLEX	☐ ENFERMARIA [478.167/17-8] ☐ QUARTO PRIVATIVO [478.168/17-6]
PARTICIPATIVO ESTADUAL	☐ ENFERMARIA [457.139/08-8] ☐ QUARTO PRIVATIVO [457.138/08-0]
PREMIUM NACIONAL	☐ ENFERMARIA [466.262/12-8] ☐ QUARTO PRIVATIVO [466.265/12-2]
VITORIAMED	☐ ENFERMARIA [477.035/16-8] REFERÊNCIA ☐ QUARTO PRIVATIVO [477.036/16-6]

☐ OUTRO PLANO:

INÍCIO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

DATA DE INÍCIO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO	DATA DE VENCIMENTO DA FATURA 10	CONTINGENTE INICIAL
--	---	---------------------

CONDIÇÕES COMERCIAIS ADICIONAIS:

DECLARAÇÃO

Declaro que fui informado que as Informações dos Tipos de Contratação estão disponíveis para acesso ao público no site da Unimed Vitória na Internet (www.unimedvitoria.com.br) e que me foi fornecido antes e no ato da contratação, respectivamente, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC) e que recebi todas as informações sobre o contrato do plano coletivo referente à presente proposta. Declaro também reconhecer como verdadeiras e válidas as informações aqui fornecidas por mim, que são neste ato apresentadas como proposta de contratação de plano privado de assistência à saúde.

VALORES DAS MENSALIDADES

FAIXA ETÁRIA	REAJUSTE ENTRE FAIXAS	ENFERMARIA	QUARTO PRIVATIVO
0 A 18		R\$ 112,59	
19 A 23		R\$ 112,59	
24 A 28		R\$ 112,59	
29 A 33		R\$ 112,59	
34 A 38		R\$ 112,59	
39 A 43		R\$ 112,59	
44 A 48	36%	R\$ 153,13	
49 A 53		R\$ 153,13	
54 A 58		R\$ 153,13	
59 OU MAIS		R\$ 153,13	

POSSUI COPARTICIPAÇÃO? ☒ NÃO ☐ SIM (PERSONAL SMART, PERSONAL AMBULATORIAL COPARTICIPATIVO, FÁCIL PERFIL FLEX, PARTICIPATIVO ESTADUAL E PREMIUM NACIONAL)

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

ITEM / GRUPO	VALOR DO PROCEDIMENTO ¹		VALOR DA COPARTICIPAÇÃO			
	DE	ATÉ	☐ FLEX 1	☐ FLEX 2	☐ FLEX 3	☐ PERSONAL ²
CONSULTA EM CONSULTÓRIO	-	-	R\$ 25,00	R\$ 35,00	R\$ 40,00	
CONSULTA EM PRONTO-SOCORRO	-	-	R\$ 50,00	R\$ 55,00	R\$ 60,00	
GRUPO 1	R\$ 0,01	R\$ 2,50	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	
GRUPO 2	R\$ 2,51	R\$ 7,50	R\$ 2,50	R\$ 2,50	R\$ 2,50	
GRUPO 3	R\$ 7,51	R\$ 10,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	
GRUPO 4	R\$ 10,01	R\$ 30,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	
GRUPO 5	R\$ 30,01	R\$ 60,00	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 25,00	
GRUPO 6	R\$ 60,01	R\$ 999.999,00	R\$ 55,00	R\$ 55,00	R\$ 55,00	
LIMITE MENSAL DE COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO POR BENEFICIÁRIO			R\$ 250,00	R\$ 250,00	R\$ 250,00	

¹ Conforme Tabela de Referência da Unimed Vitória. ² Com isenção de coparticipação para consultas nas Unidades Personal e para as especialidades Ginecologia e Pediatria.

OPCIONAIS

- ☐ PBM - PLANO DE BENEFÍCIOS DE MEDICAMENTO: R\$ 1,50
☐ SOS: R\$

TAXA DE INSCRIÇÃO

R\$
ISENTO

CARÊNCIAS (A PARTIR DA DATA DE INGRESSO DO BENEFICIÁRIO)

O cliente Unimed Vitória que optar por adquirir novo plano em continuidade ao atual, com a acomodação em padrão superior à prevista no contrato anterior, deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilizar a nova acomodação. Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência autorizado por lei, será assegurada a utilização da acomodação antes contratada. Também irá cumprir as carências correspondentes aos procedimentos que não estavam contratados no plano anterior, conforme as regras de aproveitamento de carência.

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	CORPORATIVO*
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal	24 horas
Consultas	30 dias
Exames Simples (análises clínicas, RX simples)	30 dias
Exames Especializados (ultrassonografias, exames obstétricos)	180 dias
Procedimentos (PAC, ressonâncias magnéticas, tomografias, terapias)	180 dias
Internação clínica e cirúrgica	180 dias
Padrão individual de acomodação em internação (apartamento)	180 dias
Partos a termo.	300 dias

ATENÇÃO

*Corporativo: a isenção de carência é garantida quando o beneficiário aderir em até 30 dias do início da vigência do contrato. Após esse período, será exigido o cumprimento da carência contratual, salvo para os casos de recém-admitidos, recém-nascidos e recém-casados incluídos no plano até no máximo 30 dias após o evento.

CUSTEIO DO PLANO PELA EMPRESA

☐ NÃO CUSTEIA ☐ CUSTEIA PARCIAL ☒ CUSTEIA TOTAL

DADOS DA VENDA

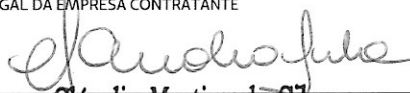
CANAL DE VENDAS		PÓS-VENDA / RELACIONAMENTO	
CÓDIGO	NOME	CÓDIGO	NOME

ASSINATURA

DATA:

/ /

ASSINATURA E CARIMBO DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA CONTRATANTE



Cláudia Martins da Silva

Diretora Presidente Interina

CODEG

2.11 A CONTRATADA poderá exigir a qualquer tempo declarações e/ou documentos oficiais que comprovem:

- I – a expressa manifestação de vontade do Beneficiário Titular para aderir ou se retirar do plano de saúde contratado pela CONTRATANTE e/ou de incluir, quando permitido na cláusula II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO do contrato, ou excluir seus Dependentes, se houver;
- II – os dados pessoais dos Beneficiários;
- III – o vínculo entre o Beneficiário Titular e a CONTRATANTE;
- IV – a relação de dependência entre o Beneficiário Titular e seus Dependentes inscritos no plano de saúde, se houver.

2.11.1 A CONTRATADA, no momento da solicitação, informará à CONTRATANTE o(s) nome(s) do(s) Beneficiário(s) e indicará o quê necessita comprovar.

2.11.2 A CONTRATANTE deverá, **no prazo de até 48h (quarenta e oito horas) contadas da solicitação**, fornecer à CONTRATADA as declarações e/ou documentos solicitados, sob pena de arcar com todos os ônus, de qualquer natureza, que forem impostos à CONTRATADA em razão da não apresentação ou apresentação intempestiva destes documentos.

2.11.2.1 As declarações e/ou documentos solicitados deverão ser encaminhados à CONTRATADA em meio eletrônico, por e-mail ou inseridos digitalizados no sistema de movimentação cadastral da CONTRATADA, cabendo à CONTRATADA informar o melhor e mais adequado meio para receber o que fora solicitado.

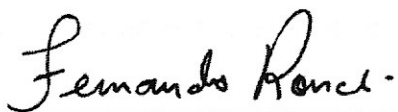
2.11.2.2 A CONTRATADA emitirá boleto específico para a cobrança dos ônus que for obrigada a suportar em razão da recusa ou intempestividade em apresentar estes documentos, conforme previsto no item 2.11.2.

2.11.3 A CONTRATANTE compromete-se a fornecer as declarações e/ou documentos solicitados mesmo depois de excluído o beneficiário do plano ou rescindido este contrato, desde que a CONTRATADA justifique esta necessidade.

2.12 O envio de informações, declarações e/ou documentos para a CONTRATADA contendo omissões, distorções ou incorreções pode caracterizar fraude e ocasionar a exclusão dos beneficiários e/ou a rescisão unilateral do contrato, sem prejuízo da adoção das medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis, inclusive indenização por eventuais perdas e danos.

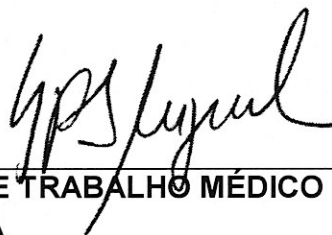
E por assim estarem justas e contratadas, as partes firmam o presente documento em duas vias de igual teor e forma, as quais vão assinadas pelas partes contratantes e pelas testemunhas abaixo.

Vitória/ES, ____ de ____ de ____.

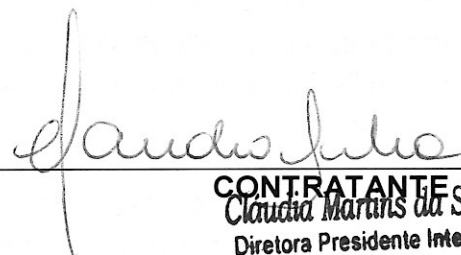


UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
CONTRATADA

Dr. Fernando Ronchi
Diretor Presidente



Dr. Gustavo Peixoto Soares Miguel
Diretor de Mercado

X 

CONTRATANTE
Claudia Martins da Silva
Diretora Presidente Interina
CODEG

Testemunhas:

X _____
Nome:
CPF:

Nome:
CPF:



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

ANEXO

GUARDA E GESTÃO COMPARTILHADA DE DOCUMENTOS

A **UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 27.578.434/0001-20 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 35.739-1, com sede na Av. Cezar Hilal, nº 700, 3º andar, Bento Ferreira, Vitória/ES, e a **CONTRATANTE** abaixo qualificada, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, resolvem incluir no contrato de plano de saúde coletivo empresarial abaixo indicado, as regras relacionadas à GUARDA E GESTÃO COMPARTILHADA DE DOCUMENTOS, servindo o presente instrumento como termo aditivo hábil para prever as competentes cláusulas e condições.

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE	
Razão Social:	CIA DE MELHORAMENTOS E DESENVOLVIMENTO URBANO GUARAPARI
CNPJ:	30.738.033/0001-02
Representante Legal:	CLAUDIA MARTINS DA SILVA
CPF:	031.801.967-18
PLANO DE SAÚDE CONTRATADO	
Nome Comercial:	PERSONAL AMBULATORIAL
Número de Registro na ANS:	476.488/16-9

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

1.1 O contrato original passa a vigorar **ACRESCIDO** deste ANEXO que trata da guarda e gestão compartilhada de documentos, exclusivamente em relação ao contrato de plano de saúde acima identificado, permanecendo inalteradas todas as previsões do contrato original e seus aditivos que não tenham sido expressa ou tacitamente alteradas e/ou que não sejam contrárias ao disposto neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA GESTÃO COMPARTILHADA

2.1 A inclusão de Beneficiários Titulares neste plano de saúde decorrerá da sua expressa manifestação de vontade à CONTRATANTE, que a solicitará à CONTRADADA.

2.2 A inclusão de qualquer Beneficiário Dependente, quando permitido na cláusula II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO do contrato, decorrerá de expressa manifestação de vontade do Beneficiário Titular à CONTRATANTE, que a solicitará à CONTRATADA.

2.3 A inscrição de qualquer Beneficiário no plano será efetivada conforme as informações expressamente indicadas pela CONTRATANTE.

2.3.1 A CONTRATANTE enviará para a CONTRATADA, no formato determinado pela CONTRATADA, todos os dados necessários para a efetivação da inclusão dos Beneficiários, especialmente nome completo, nacionalidade, naturalidade, estado civil, sexo, CPF, RG, Cartão Nacional de Saúde, Declaração de Nascido Vivo, data de nascimento, nome da mãe, endereço completo, telefone, e-mail e a data de início da vigência do beneficiário no plano.

2.3.2 As informações serão enviadas pela CONTRATANTE à CONTRATADA por meio de layout ou por qualquer outro sistema definido pela CONTRATADA, conforme previa e expressamente alinhado entre as Partes.

2.3.3 Para a inscrição da primeira massa de beneficiários, a CONTRATANTE encaminhará para a CONTRATADA, juntamente com o *layout*, cópia da última GFIP (Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social) entregue à Previdência Social.

2.4 A CONTRATANTE será responsável pela guarda dos documentos comprobatórios da legitimidade para contratação e elegibilidade dos Beneficiários, especialmente:

- I – Documentos de constituição e regularidade da CONTRATANTE, bem como de seus representantes legais;
- II – Documentos pessoais dos Beneficiários;
- III – Comprovante de vínculo do Beneficiário Titular com a CONTRATANTE e, se houver, do Beneficiário Dependente com o Beneficiário Titular;
- IV – Documento que comprove a solicitação do Beneficiário Titular para aderir ao plano de saúde e/ou para incluir seu grupo familiar.

2.4.1 A CONTRATADA poderá exigir, a qualquer tempo, os documentos que estarão sob guarda e responsabilidade da CONTRATANTE e que sejam necessários para comprovar:

- I – a legitimidade da CONTRATANTE para a contratação deste plano;

MODELO DE DECLARAÇÃO

(conforme item 2.7.1 do Anexo de *Guarda e Gestão Compartilhada de Documentos*)

DECLARAÇÃO

<RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA CONTRATANTE>, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº **<nº do CNPJ>**, com sede na **<endereço completo>**, **DECLARA** para todos os fins de direito, e especialmente em cumprimento ao disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, que informou no dia **<data da comunicação>** ao seu ex-empregado **<Nome do beneficiário>**, inscrito no CPF nº **<nº do CPF>**, beneficiário do plano de saúde da Unimed Vitória sob o código **<código do beneficiário>**, que ele tem 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 assumisse o pagamento integral do plano de saúde. **DECLARA**, também, que esclareceu ao ex-empregado que a manutenção da cobertura assistencial é extensiva a todo grupo familiar inscrito quando da rescisão do contrato de trabalho. **DECLARA**, ainda, que o ex-empregado foi informado de que dispõe de 30 (trinta) dias, contados do dia **<data da comunicação>**, para manifestar, por escrito, o interesse em exercer o direito legal de manutenção do plano de saúde, mediante o preenchimento do "Termo de Opção de Manutenção no Plano de Saúde de Inativos" e juntando o comprovante de endereço para envio da cobrança das contraprestações pecuniárias do plano de saúde. **DECLARA** que o ex-empregado foi avisado que caso não se manifeste no prazo de 30 (trinta) dias será entendido que ele não tem interesse em continuar com o plano de saúde. **DECLARA**, por fim, que está ciente de que quaisquer ônus, de qualquer natureza, que forem impostos à Unimed Vitória em razão do envio de informações, declarações e/ou documentos contendo omissões, distorções ou incorreções serão integralmente cobrados da ora Declarante, nos termos do que dispõe o contrato de plano de saúde celebrado entre as Partes, sem prejuízo de indenização por eventuais perdas e danos.

_____,
(Local)

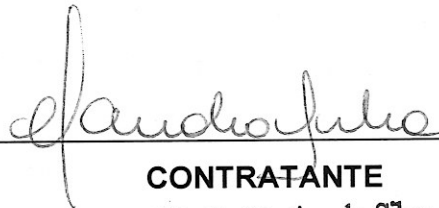
_____.
(Data)

(Assinatura e carimbo)

DECLARAÇÃO DE PLANO REFERÊNCIA

Declaro que tenho conhecimento da existência e da disponibilidade do plano referência de assistência à saúde e que me foi oferecido pela Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico o plano Vitoriamed Empresarial Enfermaria (477.035/16-8), com segmentação assistencial Referência, que garante, exclusivamente no Brasil, cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e atendimento integral para urgência e emergência após 24 horas, com padrão de acomodação em enfermaria, nos termos da Lei nº 9.656/1998, e que não o aceitei, optando por contratar o plano Personal Ambulatorial (476.488/16-9).

Data: ____ / ____ / ____



CONTRATANTE

Cláudia Martins da Silva
Diretora Presidente Interina
CODEG



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T: 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

COMPROVANTE DE ENTREGA

Prezado cliente,

Antes de contratar esse plano você recebeu o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e as Informações dos Tipos de Contratação. Agora, você está recebendo o Contrato do Plano Personal Ambulatorial (CORP-V11-05/2020), registrado na ANS sob o nº 476.488/16-9, e o respectivo Guia de Leitura Contratual.

Após o seu efetivo cadastro – o que ocorre no prazo de 7 dias úteis – seguirão para o endereço informado na Proposta de Adesão, o Guia Médico, os cartões de identificação dos beneficiários incluídos no plano e o boleto de pagamento.

De posse do Termo de Inclusão, acompanhado de documento de identidade oficialmente reconhecido (original ou cópia autenticada), o empregado e os dependentes poderão ser atendidos na rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada ao seu plano até que receba o cartão de identificação da Unimed Vitória. É importante ressaltar que o atendimento será realizado respeitando as carências e a segmentação assistencial do seu contrato, inclusive para os casos de urgência e emergência.

Em caso de dúvidas ou problema com o atendimento ligue para 0800 026 0080.

Data: ____ / ____ / ____

CONTRATANTE



Operadora: Unimed Vitória
 CNPJ: 27.578.434/0001-20
 Nº de registro na ANS: 357391
 Nº de registro do produto: 476.488/16-9
 Site: <http://www.unimedvitoria.com.br>
 Tel.: 0800 026 0080

Guia de Leitura Contratual

Personal Ambulatorial

Página do
Contrato

<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	05
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	05
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	05
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	05
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	08
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	11
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	16

<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	15
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	21
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	15
<i>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	33
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	25
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	29

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

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



Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Ministério
da Saúde



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

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



CONTRATO DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Código do Contrato

Nº

(Preenchimento Exclusivo pela Unimed Vitória)

CARACTERÍSTICAS GERAIS

NOME COMERCIAL	Personal Ambulatorial
ANS Nº	476.488/16-9
CONTRATAÇÃO	Coletivo empresarial
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO	Grupo de Municípios Aracruz, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Guarapari, Linhares, São Mateus, Serra, Vila Velha e Vitória
ÁREA DE ATUAÇÃO	Ambulatorial
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	Ambulatorial
FORMAÇÃO DO PREÇO	Pré-Estabelecido

ANS - nº 357391

Razão Social: Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ: 27.578.434/0001-20

Classificação da Operadora na ANS: Cooperativa Médica

Endereço: Av. Cezar Hilal, 700, 3º andar, Bento Ferreira, Vitória-ES. CEP: 29.050-903

CORP-V11-05/2020

SUMÁRIO

I ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	7
II CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	7
III COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	8
IV EXCLUSÕES DA COBERTURA.....	11
V DURAÇÃO DO CONTRATO.....	15
VI PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	15
VII DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	16
VIII ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	19
IX ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	21
X MECANISMOS DE REGULAÇÃO	21
XI FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	24
XII REAJUSTE.....	25
XIII FAIXAS ETÁRIAS	28
XIV BÔNUS – DESCONTOS.....	29
XV REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	29
XVI CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	31
XVII RESCISÃO / SUSPENSÃO	33
XVIII DISPOSIÇÕES GERAIS	35
XIX ELEIÇÃO DE FORO	39



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

II – a condição de elegibilidade dos Beneficiários Titulares e, se houver, dos Beneficiários Dependentes para a adesão a este plano.

2.4.2 Sempre que solicitado, a CONTRATANTE enviará para a CONTRATADA os documentos comprobatórios da elegibilidade dos Beneficiários em meio físico (impresso) e/ou sistema de movimentação cadastral da CONTRATADA, nos termos do item 2.11 e seguintes deste ANEXO.

2.5 As solicitações para inclusão de Beneficiários Titulares posteriores à implantação do contrato obrigatoriamente devem ser feitas acompanhadas do comprovante da data de admissão do empregado na CONTRATANTE, de modo a permitir a análise quanto à exigência de carência e/ou CPT (Cobertura Parcial Temporária).

2.5.1 Em caso de exigência de carência e/ou CPT (Cobertura Parcial Temporária), nos termos da legislação e do contrato, a CONTRATANTE deverá encaminhar para a CONTRATADA, em meio físico e/ou sistema de movimentação cadastral da CONTRATADA, o Termo de Inclusão, a Carta de Orientação ao Beneficiário e a Declaração de Saúde devidamente preenchidos e assinados pelo empregado.

2.6 No ato da solicitação de exclusão do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, a CONTRATANTE deverá informar o motivo da exclusão, a data da extinção do vínculo empregatício, se o ex-empregado contribuía para o plano e, em caso positivo, por quanto tempo.

2.6.1 As informações exigidas no item 2.6 deverão ser enviadas pela CONTRATADA à CONTRATANTE por meio físico e/ou sistema de movimentação cadastral da CONTRATADA, mediante o preenchimento e assinatura de formulário específico para esta finalidade.

2.6.2 As informações relacionadas à contribuição do ex-empregado para o plano devem considerar todo o período do vínculo empregatício mantido com a CONTRATANTE, mesmo que no ato do desligamento não houvesse contribuição por parte do ex-empregado.

2.6.3 O período de contribuição do ex-empregado para o plano deve ser informado considerando a contribuição para o plano contratado pela CONTRATANTE com qualquer Operadora de Planos de Saúde durante todo o período do vínculo empregatício mantido com a CONTRATANTE.

2.7. A CONTRATANTE deverá encaminhar para a CONTRATADA, por meio físico e/ou sistema de movimentação cadastral da CONTRATADA, juntamente com a solicitação

de exclusão do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, a comprovação de que ao beneficiário foi dada ciência do direito de permanência no plano de saúde, mediante o preenchimento e assinatura de formulário específico para esta finalidade.

2.7.1 Fica acordado entre as Partes que a solicitação de exclusão do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado desacompanhada da respectiva e competente comprovação de que a ele foi dada ciência do direito de permanência no plano de saúde não impedirá a exclusão solicitada, desde que a CONTRATANTE encaminhe declaração formal de que deu ciência ao beneficiário deste direito que lhe é assegurado pela lei, nos termos do modelo sugerido ao final deste ANEXO.

2.8 A opção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado de manutenção no plano de saúde na condição de inativo deverá ser comunicada à CONTRATADA pela CONTRATANTE no ato da solicitação de exclusão, por meio físico e/ou sistema de movimentação cadastral da CONTRATADA, mediante o preenchimento e assinatura de formulário específico para esta finalidade.

2.9 Havendo solicitação do Beneficiário Titular para sua exclusão e/ou de qualquer Beneficiário Dependente, se houver, a CONTRATANTE deverá fornecer a ele um documento comprovando a data que recebeu o pedido de exclusão, a partir do qual terá o prazo de até 30 (trinta) dias para comunicar a CONTRATADA, pelo mesmo meio que comunica as demais movimentações, mas em protocolo separado, informando que a exclusão é a pedido do Beneficiário Titular e os dados de telefone celular e e-mail do beneficiário.

2.9.1 Passado o prazo de 30 (trinta) dias, se a CONTRATANTE não tiver encaminhado à CONTRATADA a solicitação do Beneficiário Titular, este poderá solicitar sua exclusão diretamente à CONTRATADA e deverá comprovar que fez o pedido de exclusão do plano à CONTRATANTE há mais de 30 (trinta) dias.

2.9.2 A exclusão do Beneficiário Titular e/ou, se houver, de qualquer Beneficiário Dependente do plano de saúde, a seu pedido, terá efeito imediato e caráter irrevogável a partir da ciência da CONTRATADA.

2.10 A CONTRATADA poderá exigir, a qualquer tempo, os documentos necessários para comprovar as situações que ensejaram a solicitação de exclusão de beneficiários, devendo a CONTRATANTE enviá-los em meio físico (impresso) e/ou sistema de movimentação cadastral da CONTRATADA, nos termos do item 2.11 e seguintes deste ANEXO.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

I ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços médicos, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/1998, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, aos beneficiários regularmente inscritos, através de profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de saúde, na forma e condições desse instrumento.

1.2 O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

II CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 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.

2.1.1 Tem legitimidade para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial:

I – a pessoa jurídica, nos termos da legislação vigente;

II – o empresário individual inscrito nos órgãos competentes há pelo menos 06 (seis) meses e com cadastro regular junto à Receita Federal.

2.2 Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

a) Com vínculo empregatício ou estatutário ativo – empregados ou funcionários, administradores e sócios ativos da CONTRATANTE; ou

b) Com vínculo empregatício ou estatutário inativo – empregados ou funcionários da pessoa jurídica CONTRATANTE que estejam aposentados ou foram demitidos ou exonerados sem justa causa.

2.3 A inscrição do beneficiário no plano será efetivada conforme as informações expressamente indicadas pela CONTRATANTE.

2.4 A CONTRATANTE se obriga a incluir o número de beneficiários indicado na Proposta de Adesão, mantendo, no mínimo, 80% (oitenta por cento) desse contingente ao longo da vigência contratual, a fim de garantir as condições comerciais ora contratadas.

2.4.1 A redução do número de beneficiários abaixo do mínimo previsto no item 2.7 faculta à CONTRATADA o exercício do direito de rescindir motivadamente o

contrato, nos termos do inciso III do item 17.1 da cláusula XVII RESCISÃO/SUSPENSÃO.

III COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos, satisfeitas as respectivas condições, a cobertura prevista nesta cláusula, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

3.1.1 A cobertura contratual será garantida na área de atuação desse plano: Aracruz, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Guarapari, Linhares, São Mateus, Serra, Vila Velha e Vitória.

3.2 O atendimento está assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, desde que respeitadas a segmentação assistencial contratada, a área de abrangência geográfica, a área de atuação, a rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

3.2.1 Consulte a íntegra da rede de prestadores vinculada a este plano de saúde no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br), inserindo o código do beneficiário informado no Cartão de Identificação. Se necessário, o Plano (Cód. Prod. ANS) e a Rede (Rede de Atendimento) também estão informados no Cartão de Identificação do Beneficiário.

3.2.2 No sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br) está informado o perfil assistencial (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ou ELETIVO), bem como a especialidade e/ou os serviços contratados, de cada prestador que integra a rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de saúde.

3.2.2.1 O perfil assistencial, a especialidade e/ou os serviços contratados podem sofrer alterações e as informações atualizadas estão disponíveis no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br).

3.2.3 As eventuais alterações e substituições ocorridas na rede de prestadores vinculada a este plano de saúde podem ser consultadas no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br).

3.3 Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na data do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

3.3.1 Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

3.4 Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, respeitada a segmentação assistencial contratada, a área de abrangência geográfica, a área de atuação e a rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de saúde.

3.5 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura, de acordo com a segmentação assistencial contratada, quando expressamente especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

3.6 Os procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, terão cobertura assistencial caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios estabelecidos em qualquer tipo de relação entre a CONTRATADA e o prestador do serviço.

3.7 A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento em ambulatório e consultório, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.8 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, de acordo com Diretrizes de Utilização, Diretrizes Clínicas e Protocolo de Utilização definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, na rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de saúde, especialmente as seguintes coberturas:

I - Consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou pelo cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

III – 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;

IV – Taxas, materiais, contrastes e medicamentos utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação ambulatorial desde que estejam regularizados e

registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

V – Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

VI – Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

VII – Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

VIII – Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento;
- c) atendimento clínico;
- d) implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, incluindo o dispositivo;

IX – Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme disposto na cláusula VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;

X – Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento e este for atingido ou surgir a necessidade de internação, conforme disposto na cláusula VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;

XI – Procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

XII – Atendimento às emergências psiquiátricas, considerando as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos, bem como as lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

XIII – Psicoterapia de crise com início de atendimento imediatamente após o atendimento de emergência.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

3.8.1 A CONTRATADA garantirá a cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

I - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

II - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos da legislação pertinente.

3.8.2 Para fins do disposto no inciso XI do item 3.8 desta cláusula, entende-se como quimioterapia oncológica ambulatorial aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

IV EXCLUSÕES DA COBERTURA

4.1 EM CONFORMIDADE COM O QUE PREVÊ A LEI Nº 9.656/98, E RESPEITANDO AS COBERTURAS MÍNIMAS OBRIGATÓRIAS PREVISTAS NA LEI DE PLANOS DE SAÚDE E NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DESTES PLANOS:

I – TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ISTO É, AQUELE QUE:

A) EMPREGA MEDICAMENTOS, PRODUTOS PARA A SAÚDE OU TÉCNICAS NÃO REGISTRADOS OU NÃO REGULARIZADOS NO PAÍS;

B) É CONSIDERADO EXPERIMENTAL PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM OU PELO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA- CFO; OU

C) NÃO POSSUI AS INDICAÇÕES DESCRITAS NA BULA OU MANUAL REGISTRADO NA ANVISA (USO OFF-LABEL), SALVO O DISPOSTO NO ITEM 3.8.1 DESTES PLANOS.

II – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, OU SEJA, AQUELES QUE NÃO VISAM RESTAURAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DA FUNÇÃO DE ÓRGÃO OU PARTE DO CORPO HUMANO LESIONADA, SEJA POR ENFERMIDADE, TRAUMATISMO OU ANOMALIA CONGÊNITA;

III – INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, ENTENDIDA COMO TÉCNICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA QUE INCLUI A MANIPULAÇÃO DE OÓCITOS E ESPERMA PARA ALCANÇAR A FERTILIZAÇÃO, POR MEIO DE INJEÇÕES DE ESPERMA INTRACITOPLASMÁTICAS, TRANSFERÊNCIA INTRAUTERINA DE GAMETA, DOAÇÃO DE OÓCITOS, INDUÇÃO

DA OVULAÇÃO, CONCEPÇÃO PÓS-TUMOR, RECUPERAÇÃO ESPERMÁTICA OU TRANSFERÊNCIA INTRATUBÁRIA DO ZIGOTO, ENTRE OUTRAS TÉCNICAS;

IV – TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, ASSIM COMO EM SPAS, CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, CLÍNICAS DE REPOUSO E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS;

V – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, ISTO É, AQUELES PRODUZIDOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL E SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA;

VI – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, ISTO É, AQUELES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE PARA ADMINISTRAÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE, COM EXCEÇÃO DOS MEDICAMENTOS PREVISTOS NO INCISO III DO ITEM 3.8 E NO ITEM 3.8.2 DESTE CONTRATO, E RESSALVADOS OS CASOS DE TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS AMBULATORIAIS E DOMICILIARES DE USO ORAL, PROCEDIMENTOS RADIOTERÁPICOS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER, HEMOTERAPIA E INTERNAÇÃO DOMICILIAR OFERECIDA PELA CONTRATADA EM SUBSTITUIÇÃO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

VII – FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

VIII – TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, ILEGAIS OU NÃO RECONHECIDOS PELOS ÓRGÃOS REGULADORES OU PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;

IX – CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

X – ESTABELECIMENTOS PARA ACOlhIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;

XI – PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO SEGUIMENTO DE EVENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA, ASSIM CONSIDERADOS AQUELES QUE NÃO SÃO CONSIDERADOS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES, MAS PARTE INTEGRANTE DO PROCEDIMENTO INICIAL;

XII – EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS;

XIII – REMOÇÃO EM VIA PÚBLICA, BEM COMO DE LOCAL PÚBLICO OU PRIVADO QUE NÃO SEJA UMA UNIDADE HOSPITALAR OU SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO;

XIV – REMOÇÃO DE HOSPITAL OU SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO INTEGRANTE DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA DA OPERADORA, VINCULADO A ESTE PLANO E LOCALIZADO DENTRO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E DE ATUAÇÃO



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

DESTE PLANO, PARA HOSPITAL PRIVADO NÃO INTEGRANTE DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA DA OPERADORA;

XV – CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, BEM COMO REMOÇÃO DOMICILIAR;

XVI – ENFERMAGEM OU CUIDADOR EM CARÁTER PARTICULAR, SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR;

XVII – ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES E SIMILARES;

XVIII – TRANSPLANTES;

XIX – DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM ACIDENTES;

XX – FORNECIMENTO E APLICAÇÃO DE VACINAS;

XXI – CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL;

XXII – EXAMES DE CÓDIGO GENÉTICO, ASSIM ENTENDIDOS AQUELES NECESSÁRIOS À INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE;

XXIII – NECROPSIAS;

XXIV – DESPESAS DE ACOMPANHANTES.

XXV – PRODUTOS DE TOALETE E HIGIENE PESSOAL, SERVIÇOS TELEFÔNICOS OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO ESTEJA DIRETAMENTE VINCULADA À COBERTURA DESTE CONTRATO;

XXVI - PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR LASER, RADIOFREQUÊNCIA, ROBÓTICA, NEURONAVEGAÇÃO OU OUTRO SISTEMA DE NAVEGAÇÃO, ESCOPIAS E TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS QUE NÃO ESTEJAM EXPRESSAMENTE PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE PARA A SEGMENTAÇÃO CONTRATADA.

4.2 POR FORÇA DAS CARACTERÍSTICAS DESTE CONTRATO EXCLUEM-SE DA COBERTURA DESTE PLANO:

I – ATENDIMENTOS E SERVIÇOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL;

II – ATENDIMENTOS E SERVIÇOS PRESTADOS ANTES DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS OU NO PERÍODO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA;

III – ATENDIMENTOS E SERVIÇOS PRESTADOS EM DESACORDO COM O ESTABELECIDO NESTE CONTRATO;

IV – PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA OU DE ATUAÇÃO CONTRATADA;

V – PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR;

VI – DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU POR ESTABELECIMENTOS QUE NÃO SEJAM DA REDE DE PRESTADORES PRÓPRIA OU CREDENCIADA DA CONTRATADA QUE ESTEJA VINCULADA A ESTE PLANO DE SAÚDE, À EXCEÇÃO DOS ATENDIMENTOS CARACTERIZADOS COMO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, QUE PODERÃO SER REALIZADOS POR MÉDICOS E SERVIÇOS NÃO CREDENCIADOS E, POSTERIORMENTE, REEMBOLSADOS NA FORMA E TERMOS PREVISTOS NESTE CONTRATO;

VII – ATENDIMENTOS E SERVIÇOS PRESTADOS EM ESPECIALIDADE MÉDICA NÃO RECONHECIDA PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;

VIII – PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR VIGENTE NA DATA DO EVENTO PARA A SEGMENTAÇÃO CONTRATADA, AINDA QUE TENHAM SIDO INDICADOS PELO MÉDICO ASSISTENTE OU PELO CIRURGIÃO DENTISTA ASSISTENTE PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS LISTADAS NA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS COM A SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (CID-10);

IX - PROCEDIMENTOS RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR COMO DE COBERTURA OBRIGATÓRIA EXCLUSIVAMENTE PARA A SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA (HCO) E/OU HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA (HSO) E/OU ODONTOLÓGICA (OD).

4.2.1 A EXCLUSÃO PREVISTA NAS ALÍNEAS I A VII DO ITEM 4.2 ALCANÇA, INCLUSIVE, OS ATENDIMENTOS, SERVIÇOS, EVENTOS OU PROCEDIMENTOS PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

4.3 TAMBÉM SE EXCLUEM DA COBERTURA DO PLANO AS DESPESAS DECORRENTES DE ATENDIMENTOS, SERVIÇOS, EVENTOS OU PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA REDE DE PRESTADORES DA CONTRATADA NÃO CREDENCIADA A ESTE PLANO DE SAÚDE, ESPECIALMENTE, MAS A ELES NÃO SE LIMITANDO, OS LISTADOS ABAIXO:

A) HOSPITAL: HOSPITAL SAO LUIZ S/A, HOSPITAL PRAIA DA COSTA S/A, HOSPITAL MERIDIONAL S/A, ASSOCIACAO FEMININA DE EDUCACAO E COMBATE AO CANCER (HOSPITAL SANTA RITA).

B) CENTRO DE DIAGNÓSTICOS: CENTRO DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA. (CDI).



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

C) CLÍNICA: CENTRO CAPIXABA DE ONCOLOGIA LTDA. SC (CECON), SOS CORAÇÃO LTDA. (CLÍNICA SANTA ISABEL), ONCOCLINICA LTDA, SCAF SOCIEDADE CAPIXABA ORTOPEDIA E FISIOTERAPIA LTDA.

D) LABORATÓRIO: LABORATORIO UNIDOS DE ANATOMIA PATOLOGIA CITOPATOLOGIA LTDA. (LUAP), LABORATORIO LANDSTEINER S/S LTDA.

E) RECURSO UNIMED: LABORATÓRIO UNIMED VITÓRIA.

4.3.1 A EXCLUSÃO PREVISTA NAS ALÍNEAS DO ITEM 4.3 ALCANÇA OS ATENDIMENTOS, SERVIÇOS, EVENTOS OU PROCEDIMENTOS PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, INCLUSIVE, NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, ESTEJAM OU NÃO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA OU NA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO.

V DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data de início da vigência estabelecida na Proposta de Adesão, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

5.2 O contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado ao término da vigência inicial, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

5.2.1 Não se aplica a renovação automática prevista no item 5.2 acima ao contrato celebrado por empresários individuais.

5.3 A renovação do contrato celebrado por empresário individual ficará condicionada à apresentação, anualmente, no mês de aniversário do contrato, dos documentos que comprovem:

- a) a inscrição da CONTRATANTE nos órgãos competentes;
- b) a regularidade cadastral da CONTRATANTE junto à Receita Federal;
- c) os requisitos de elegibilidade dos beneficiários vinculados ao contrato.

5.3.1 A ilegitimidade da CONTRATANTE ou a não apresentação dos documentos comprobatórios exigidos com base na legislação vigente e no item 5.3 acima ensejarão a rescisão do contrato, conforme previsto na cláusula XVII RESCISÃO / SUSPENSÃO.

VI PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Os prazos de carência dos grupos de procedimentos estão especificados na Proposta de Adesão e no quadro abaixo e, em todo e qualquer caso, não ultrapassam os prazos máximos previstos na Lei nº 9.656/1998.

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal.	24 horas
Consultas	30 dias
Exames Simples (análises clínicas, RX simples)	30 dias
Exames Especializados (ultrassonografias, exames obstétricos)	180 dias
Procedimentos (PAC, ressonâncias magnéticas, tomografias, terapias)	180 dias

6.1.1 O prazo de carência contratual de cada procedimento e evento em saúde listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento pode ser consultado no Contact Center (0800 026 0080).

6.1.2 Os prazos de carência serão contados a partir da data de ingresso do beneficiário, exceto para aqueles que se enquadram no item 6.3 do presente contrato.

6.2 Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento dos prazos de carência.

6.3 Se a CONTRATANTE possuir número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários não haverá exigência de carência, desde que os beneficiários formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

6.3.1 Caso o ingresso do beneficiário ocorra após o transcurso dos prazos definidos no item anterior, será exigido o cumprimento dos prazos de carências contratuais, conforme previstos no item 6.1.

6.4 Se a CONTRATANTE possuir o número menor que 30 (trinta) beneficiários será exigido o cumprimento dos prazos de carências contratuais, conforme previsto no item 6.1.

VII DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1 Doenças ou Lesões Pré-existentes são aquelas que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.2 O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de Doenças ou Lesões Pré-existentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou exclusão do plano.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

7.2.1 A Declaração de Saúde é o formulário onde o beneficiário deverá informar as Doenças e Lesões Pré-existentes de que saiba ser portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento, no momento da adesão contratual.

7.2.2 A CONTRATADA fornecerá Carta de Orientação ao Beneficiário previamente ao preenchimento da Declaração de Saúde para orientar o beneficiário sobre seu preenchimento.

7.2.3 O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico cooperado da CONTRATADA, sem qualquer ônus.

7.2.4 Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não cooperado da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.2.5 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 adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.2.6 É vedada a alegação de omissão de informação de Doença ou Lesão Pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.3 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 CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, sendo-lhe facultada a oferta do Agravo.

7.3.1 Caso a CONTRATADA não ofereça a Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou oferta posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

7.3.2 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Pré-existente.

7.3.3 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível no site www.ans.gov.br.

7.4 Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Pré-existentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.4.1 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.5 Agravo é 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 Pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o beneficiário.

7.5.1 O Agravo será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor e ao período de vigência.

7.6 É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Pré-existente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da adesão do beneficiário ao plano privado de assistência à saúde.

7.7 Identificado indício de fraude por parte de qualquer beneficiário referente à omissão de conhecimento de Doença ou Lesão Pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, podendo oferecer as opções de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, ou solicitar abertura de processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.7.1 O processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar julgará, exclusivamente, o mérito da alegação de omissão de conhecimento prévio de doença ou lesão por parte do beneficiário na Declaração de Saúde no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.7.2 Instaurado o processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.7.3 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento para comprovar o conhecimento do beneficiário sobre a existência de Doença e Lesão Pré-existente no momento da adesão ao plano.

7.7.4 Tanto a CONTRATADA quanto o beneficiário deverão encaminhar para a Agência Nacional de Saúde Suplementar os documentos e/ou informações por ela requeridos para a instrução do processo administrativo.

7.8 Não haverá a negativa de cobertura sob qualquer alegação nem a exclusão do beneficiário do contrato até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, do encerramento do processo administrativo.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

7.9 Acolhida a alegação da CONTRATADA e lhe sendo, portanto, favorável a decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o beneficiário será excluído do plano e responsabilizado pelas despesas com a assistência médico-hospitalar relacionada à Doença e Lesão Pré-existente desde a data em que foi comunicado pela CONTRATADA da constatação da fraude.

7.10 Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravamento nos casos de Doença e Lesão Pré-existente quando o número de participantes no contrato for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

VIII ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 A CONTRATADA garante a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência nos limites desse contrato.

8.1.1 Urgência é o atendimento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

8.1.2 Emergência é o atendimento que implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.2 O atendimento de urgência e emergência será garantido respeitando a segmentação assistencial, a área geográfica de abrangência e de atuação do plano, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e a rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de saúde.

8.2.1 A remoção do beneficiário é garantida para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do atendimento.

8.3 A COBERTURA SERÁ PRESTADA POR 12 (DOZE) HORAS, OU POR PERÍODO INFERIOR CASO SURJA A NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO, NOS PRESTADORES HOSPITALARES CREDENCIADOS A ESTE PLANO.

8.4 A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando o limite de 12 (doze) horas de atendimento for atingido ou surgir a necessidade de internação.

8.5 Nos casos em que couber à CONTRATADA garantir a remoção para uma unidade do SUS deve ser observado:

I – quando não puder haver a remoção do paciente por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus;

II – à CONTRATADA caberá 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;

III – a CONTRATADA 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 do SUS;

IV – se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.6 Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência contratualmente cobertos que tenham ocorrido na área geográfica de abrangência e de atuação do plano sempre que não for possível a utilização dos serviços da rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de saúde.

8.7 O pedido de reembolso será analisado pela CONTRATADA e, quando devido, será efetuado conforme estabelecido na Tabela de Reembolso Unimed Vitória, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, sendo que seu valor não será inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

8.7.1 A Tabela de Reembolso Unimed Vitória está registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Vitória.

8.8 O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano, contado da data do atendimento de urgência ou emergência, para solicitar o reembolso da despesa, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA as vias originais dos seguintes documentos:

- a) Requerimento de reembolso de despesa de urgência e emergência, com breve relato do atendimento, informando as razões de não ter utilizado prestador pertencente à rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de saúde e indicando os dados bancários para o reembolso;
- b) Relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento;
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- e) Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

IX ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 Este contrato não permite acesso a livre escolha de prestadores, ou seja, não é possível o atendimento em prestadores que não integram a rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de saúde para posterior reembolso da despesa.

X MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 Os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, para controlar a demanda ou a utilização dos serviços de saúde.

10.1.1 A CONTRATADA adota como mecanismo de regulação para este contrato a autorização prévia.

Condições de atendimento do beneficiário na rede de prestadores

10.2 A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular o seu cartão individual de identificação com as informações relativas ao contrato e com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o acesso aos serviços contratados e o atendimento na rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de saúde.

10.2.1 Todo cartão individual de identificação é emitido com prazo de validade de 12 (doze) meses contados de sua emissão. Não há garantia de atendimento, contudo, se a assistência médica estiver por qualquer motivo suspensa ou se o contrato tiver sido rescindido, seja pela CONTRATADA ou pela CONTRATANTE, mesmo estando o cartão dentro do prazo de validade.

10.3 Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I - Consultas médicas e atendimentos ambulatoriais eletivos: os beneficiários serão atendidos nos Centros de Referência Personal listados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o respectivo horário de atendimento e com agendamento prévio. As consultas com especialistas serão realizadas nos Centros de Especialidades Unimed Vitória (CEUV) ou nos consultórios dos médicos cooperados referenciados, quando encaminhados pelo médico dos Centros de Referência Personal.

II - Consultas médicas e atendimentos ambulatoriais de urgência ou emergência: serão realizadas no Pronto Atendimento Unimed Vitória no horário de 8h às 20h ou em hospitais credenciados, vinculados ao presente plano de saúde e listados na relação divulgada pela CONTRATADA, no período de 20h às 8h, ressalvado o disposto no item 10.3.2.

III - Exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados na rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA que esteja vinculada a este plano de

saúde, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico ou dentista assistente, previamente autorizada pela CONTRATADA.

10.3.1 Nos municípios que integram a área de atuação do plano em que não houver Centro de Referência Personal, as consultas médicas e atendimentos ambulatoriais eletivos serão garantidos por médicos cooperados específicos, referenciados pela CONTRATADA e cujos nomes estarão divulgados no Guia Médico Online, no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br).

10.3.2 As consultas médicas e atendimentos ambulatoriais de urgência ou emergência nos municípios de Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Linhares e São Mateus serão garantidos pelos prestadores hospitalares listados no item 10.12 deste contrato.

Autorização prévia

10.4 Todos os procedimentos e eventos exigem autorização prévia para sua realização, salvo os casos de urgência e emergência.

10.4.1 A autorização prévia pode ser online, documental ou presencial, a critério da CONTRATADA.

10.5 PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITEM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DOCUMENTAL OU PRESENCIAL, O BENEFICIÁRIO, OU QUEM RESPONDA POR ELE, DEVE DIRIGIR-SE A UM CENTRO DE REFERÊNCIA PERSONAL, MUNIDO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO, CARTEIRA DE IDENTIDADE, GUIA COM A SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO E OS DOCUMENTOS MÉDICOS (LAUDOS E EXAMES) PERTINENTES.

10.6 PARA OBTER A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PRESENCIAL PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS, O BENEFICIÁRIO DEVE DIRIGIR-SE, PESSOALMENTE, A LOJA DE ATENDIMENTO DA CONTRATADA, EM DIA E HORA PREVIAMENTE DESIGNADOS, MUNIDO DE CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO E CARTEIRA DE IDENTIDADE PARA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA.

10.7 A CONTRATADA fará a análise e dará a resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia de modo a garantir o acesso do beneficiário ao serviço ou procedimento dentro do prazo máximo definido na regulamentação da ANS, contado a partir da entrega de toda documentação pertinente à solicitação.

10.8 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico ou dentista assistente, não havendo restrição aos não cooperados, desde que transcritos pelo médico do Centro de Referência Personal.

Junta Médica

10.9 A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico ou do dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA.

Rede de prestadores própria ou credenciada a este plano de saúde

10.10 A relação de médicos cooperados e da rede de prestadores própria ou credenciada da CONTRATADA vinculada a este plano de saúde é divulgada no Guia Médico, disponível na internet no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br), sendo atualizado periodicamente.

10.11 A inclusão de qualquer prestador na rede de prestadores vinculada a este plano de saúde implica em compromisso com os beneficiários e sua manutenção e/ou exclusão devem observar as normas estabelecidas no art. 17 da Lei nº 9.656/98 e na regulamentação específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

10.11.1 É facultada a substituição de qualquer prestador, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência.

10.11.2 A substituição de entidade hospitalar é permitida desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

10.11.3 O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar e será comunicado aos beneficiários na forma estabelecida na regulamentação específica.

10.12 Para garantir o atendimento aos beneficiários pelo intercâmbio do Sistema Unimed estão vinculados a este plano os prestadores da rede de contratação indireta listados abaixo:

A) CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO ASSIS, CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO LTDA, FISIOCARDIO CLINICA DE FISIOTERAPIA SC, FISIOTERAPIA SUL CAPIXABA LTDA, FIZION - CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA, CLINICA DE REABILITAÇÃO MOTORA E FUNCIONAL LTDA, REAB SUL CLINICA DE REABILITACAO LTDA, HOSPITAL EVANGELICO CACHOEIRO (EXCLUSIVO PARA SERVIÇOS DE ONCOLOGIA), BIOSCAN DIAGNOSTICOS LTDA ME, AZEVEDO & SOLINO LTDA - ME, CENTRO DE RESSONANCIA MAGNÉTICA E IMAGEM SC, MEDICOS RADIOLOGISTAS LTDA EPP, HOSPITAL UNIMED (EXCLUSIVO PARA SERVIÇOS DE IMAGEM E LABORATÓRIO) e CEU - CENTRO DE ESPECIALIDADES UNIMED.

B) COLATINA: FISIOCENTER COLATINA S/C LTDA, HIDROFISIO SERVICOS FISIOTERAPICOS S/C L, INST REABILIT FISIOTERAPIA LTDA, CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM DE COLATINA, CLINICA RADIOLOGICA ESPLANADA, CLINICA RADIOLOGICA ESPLANADA, IMAGENOLOGIA COLATINA LTDA, RADIMAGEM NOROESTE CAPIXABA LTDA, ALLETS LABORAT DE ANALISES CLINICAS E HEMATOLOGICA LTDA, LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DR RIBEIRO,

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SANTA MARIA LTDA EPP, NUCLEAR MEDCOL S/C LTDA, CLINICA NEFROLOGICA DE COLATINA LTDA, CENTRO DE ONCOLOGIA E PESQUISA INTEGRADA COPI EIRELI, CEONCO CENTRO DE ONCOLOGIA DE COLATINA S S EPP e CASA DE SAUDE SANTA MARIA.

C) LINHARES: UNICOR, ANGIOCARDIO LINHARES LTDA, INST CAPIXABA DO RIM, FISIO CLIN CLINICA DE FISIOTERAPIA, THATIANE SOTELE VAILANTE - FISIOURO – ME, RTK FISIOTERAPIA LTDA ME - ESPAÇO CLINICO, FISIOLIN C E REPRESENTAÇÃO, CLINICA DE FISIOTERAPIA ESTRUTURAL, R & K REABILITAÇÃO (MARIA KAROLLYNA), FUNDAÇÃO BENEFICENTE RIO DOCE, LABORATORIO CENTROLAB, LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS PASTEUR, LABORATORIO LINHARES DE ANALISES CLINICAS, LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS CRUZ, AGILIS LABORATORIO DE PATOLOGIA, CLINICA DE M H DE LL EPP, NUCLEAR LINHARES LTDA, SPAZIO NUTRI SERV DE NUTRIÇÃO, THAIS F B S DE N-ME, CLINICA DE OLHOS BORTOT, MED CLIM LTDA ME, OFTALMOCENTER LTDA – ME, OTORRINO CLINICA L LTDA, VALERIA F FIOROT VIEIRA, CLINICA DE ATENDIMENTO PSICOLOGO EIRELI, MULTISCAN I E DIAGNOSTICO (CLINICA R LINHARES), CLINICA SALLES FILIAL 2, CLINICA SALLES FILIAL 3, BIO SCAN NORTE CAPIXABA, ANDRE A R S M R E D I-ME (RADIOLOGIA RAMOS), CLINICA ULT BONINSEGNA e A C SAMPAIO LTDA ME.

D) SÃO MATEUS: CLINICA DE FISIOTERAPIA DE SÃO MATEUS LTDA ME, CENTERFISIO, DELPUPO RIGOTI N DE REABILITAÇÃO, FISIOTERAPIA GURIRI LTDA, HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS, LABORATORIO B LTDA EPP, LABORATORIO MAIA LTDA ME, LABORATORIO ALVARENGA, AGILIS L. DE P. LTDA ME SÃO MATEUS, LORENCINI ASSESSORIA LTDA, LR S PSICOLOGIA E F LTDA, CLINICA SALLES FILIAL 1, CDM CENTRO DE DIAGNOSTICO MEDICO LTDA, MED IMAGEM S C LTDA e CENTRO DIAGNÓSTICO EM MEDICINA S/C LTDA (CEDIM).

XI FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1 O valor da mensalidade a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes e independente da utilização das coberturas contratadas.

11.2 A RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO TOTAL DAS FATURAS, INCLUINDO OS VALORES DE INSCRIÇÃO E MENSALIDADE REFERENTE A CADA BENEFICIÁRIO É EXCLUSIVA DA CONTRATANTE, RESSALVADAS AS HIPÓTESES PREVISTAS NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/98.

11.3 As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis na data de sua emissão, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

11.4 As faturas serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Adesão.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

11.4.1 Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente sem ônus.

11.4.2 Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 05 (cinco) dias antes da data acordada na Proposta de Adesão para o vencimento da fatura, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a penalidade da mora.

11.4.3 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente aos dias de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito.

11.5 O pagamento da fatura referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

11.6 O não pagamento de qualquer fatura, seja referente à inscrição ou mensalidade, ou o pagamento parcial do valor, autoriza a CONTRATADA a efetuar a cobrança judicial ou extrajudicial do débito, bem como a inscrição do CNPJ da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito.

11.7 A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

XII REAJUSTE

Do reajuste anual dos contratos coletivos maiores ou iguais a 30 beneficiários.

12.1 Nos termos da lei, os valores das mensalidades e inscrições serão reajustados anualmente com base em cálculo atuarial que levará em consideração o excesso de utilização comprovadamente acima da média normal utilizada na composição inicial do preço, o acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento e o aumento comprovado dos custos dos serviços contratados.

a) O cálculo do reajuste será composto pelo reajuste técnico e financeiro, refletindo o restabelecimento do equilíbrio atuarial do contrato e a recomposição do valor da moeda (inflação), obedecendo à seguinte fórmula:

$$S = (CD - RC) / M$$

$$RT = (S / MS) - 1 \text{ sendo } MS = 1 - (CA + DC + PT)$$

$$R = \{[(1+RT) \times (1+RF + IROL) \times (1+AREM)] - 1\},$$

Onde:

S: Sinistralidade;

CD: Custo direto, do período de análise, composto por 12 meses;

RC: Recuperações de despesas assistenciais provenientes das coparticipações, do período de análise, composto por 12 meses;

M: Mensalidade do período de análise, composto por 12 meses;

RT: Reajuste Técnico;

MS: Meta de sinistralidade;

RF: Reajuste Financeiro (percentual de correção financeira para atualização dos custos assistenciais, considerando a inflação acumulada no período de análise do contrato, composto por 12 meses, sendo IPCA-Saúde, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística);

IROL: Percentual de impacto das novas coberturas incorporadas ao Rol de Procedimentos;

AREM: Impacto da alteração da remuneração para o próximo período em relação ao vigente;

R: Reajuste;

CA: Carregamento não assistencial, composto por margem operacional, despesas operacionais, despesas tributárias, outras despesas não assistenciais;

DC: Despesas Comerciais, do período de análise, composto por 12 meses;

PT: Provisões Técnicas;

I – Se a sinistralidade apurada for inferior ou igual à meta de sinistralidade, o cálculo obedecerá a seguinte fórmula:

$$R = \{[(1+RF + IROL) \times (1+AREM)] - 1\}$$

II – Se a sinistralidade apurada for superior à meta de sinistralidade, o contrato será reajustado utilizando a fórmula indicada na alínea 'a' do item 12.1 desta cláusula.

12.2 O contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações dos valores das mensalidades decorrentes de mudança de faixa etária, migração e adaptação.

12.3 A CONTRATADA se obriga a apresentar, com prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes da data base de reajuste do contrato, o percentual de reajuste a ser aplicado.

12.4 O reajuste do contrato será calculado considerando 12 (doze) meses consecutivos contados com 05 (cinco) meses de defasagem quanto ao mês de aniversário do contrato.

12.5 A CONTRATADA comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar o percentual de reajuste aplicado.

12.6 Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de novos beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato.

12.7 Não poderão ser aplicados percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um mesmo contrato.

12.8 Em caso de perda da data base fica a CONTRATADA autorizada a efetuar a cobrança do valor retroativo, considerando a defasagem entre a aplicação do reajuste e a data de aniversário do contrato.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

Do reajuste anual único de planos coletivos com menos de 30 beneficiários.

12.9 Para a aplicação do reajuste anual único de planos coletivos empresariais ou por adesão o contrato será agregado a agrupamento.

12.10 O objetivo deste agrupamento é calcular e aplicar reajuste único para os contratos de planos coletivos, firmados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/1998, que possuem quantidade de beneficiários inferior a 30 (trinta).

12.11 A apuração da quantidade de beneficiários considerará a data de assinatura do contrato, caso seja o primeiro ano de vigência do contrato, ou o mês de aniversário do contrato no ano anterior à aplicação do reajuste.

12.12 Para os contratos que compõem o agrupamento será calculado um único percentual de reajuste a ser aplicado anualmente no mês de aniversário de cada contrato, considerando-se que o período de aplicação é do mês de maio de um ano até o mês de abril do ano imediatamente seguinte.

12.13 Para os contratos agregados ao agrupamento será aplicada a metodologia de cálculo do percentual de reajuste descrita abaixo:

a) O cálculo do reajuste objetiva o restabelecimento do equilíbrio atuarial dos contratos agregados ao agrupamento e a recomposição do valor da moeda (inflação), obedecendo à seguinte fórmula:

$$SA = (CDA - RCA) / MA$$

$$RTA = (SA / MSA) - 1 \text{ sendo } MSA = 1 - (CA + DC + PTA)$$

$$RA = \{[(1+RTA) \times (1+RF+IROL) \times (1+AREM)] - 1\}$$

Onde:

SA: Sinistralidade dos contratos agregados ao agrupamento;

CDA: Custo direto, do período de análise, composto por 12 meses, dos contratos agregados ao agrupamento;

RCA: Recuperações de despesas assistenciais provenientes das coparticipações, do período de análise, composto por 12 meses, dos contratos agregados ao agrupamento;

MA: Mensalidade, do período de análise, composto por 12 meses, dos contratos agregados ao agrupamento;

RTA: Reajuste Técnico do agrupamento;

MSA: Meta de sinistralidade do agrupamento;

RF: Reajuste Financeiro (percentual de correção financeira para atualização dos custos assistenciais, considerando a inflação acumulada no período de análise do contrato, composto por 12 meses, sendo IPCA-Saúde, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística);

CA: carregamento não assistencial, composto por margem operacional, despesas operacionais, despesas tributárias, outras despesas não assistenciais;

DC: Despesas comerciais, do período de análise, composto por 12 meses;

PTA: Provisões técnicas do agrupamento;
IROL: Percentual de impacto das novas coberturas incorporadas ao rol de procedimentos;
AREM: Impacto da alteração da remuneração para o próximo período em relação ao vigente;
RA: Reajuste do agrupamento.

I – Se a sinistralidade apurada for inferior ou igual à meta de sinistralidade, o cálculo obedecerá a seguinte fórmula:

$$RA = \{[(1+RF+IROL) \times (1+ AREM)] - 1\}$$

II – Se a sinistralidade apurada for superior à meta de sinistralidade, o contrato será reajustado utilizando a fórmula indicada na alínea 'a' do item 12.13 desta cláusula.

12.14 O contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações dos valores das mensalidades decorrentes de mudança de faixa etária, migração e adaptação.

12.15 A operadora divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manterá em seu endereço eletrônico na Internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como os contratos que receberão tal reajuste.

12.16 A CONTRATADA comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar o percentual de reajuste aplicado.

12.17 Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de novos beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato.

12.18 Não poderão ser aplicados percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um mesmo contrato.

XIII FAIXAS ETÁRIAS

13.1 As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

13.1.1 Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

13.2 A variação por faixa etária para os fins deste contrato está informada na Proposta de Adesão.

13.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Adesão e incidirão sobre o preço da faixa etária imediatamente anterior, não se confundindo com o reajuste anual.

13.4 Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que:



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

I – o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

II – a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

13.5 Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual na forma prevista neste contrato.

XIV BÔNUS – DESCONTOS

14.1 Este contrato não contempla a concessão de bônus, descontos ou vantagens.

XV REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1 No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, é assegurado ao beneficiário titular, que contribuir para o plano privado de assistência à saúde, 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 junto à CONTRATADA o pagamento integral, incluindo os valores de inscrição e mensalidade, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

15.1.1 No ato da solicitação de exclusão do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, a CONTRATANTE deverá informar, por meio de documento específico, o motivo da exclusão, a data da extinção do vínculo empregatício, se o ex-empregado contribuía para o plano e, em caso positivo, por quanto tempo.

15.2 A CONTRATANTE deve comunicar de forma inequívoca ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, sobre o direito de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

15.2.1 A CONTRATANTE deverá encaminhar para a CONTRATADA, por meio físico, juntamente com a solicitação de exclusão do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, a comprovação de que ao beneficiário foi dada a ciência do direito de permanência no plano de saúde, mediante o preenchimento e assinatura de formulário específico para esta finalidade.

15.2.2 A exclusão do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado somente será efetuada pela CONTRATADA mediante o envio das informações e documentos obrigatórios exigidos conforme o disposto nos subitens 15.1.2 e 15.2.1.

15.2.3 A solicitação de exclusão do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado desacompanhada da respectiva e competente comprovação de que a ele foi dada ciência do direito de permanência no plano de saúde acarretará para a CONTRATANTE, além da responsabilidade pelo pagamento dos valores referentes à mensalidade, a obrigação de reparação dos danos, perdas e/ou prejuízos que porventura vierem a ser impostos à CONTRATADA, em especial pela ANS, por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo pelo Poder Judiciário.

15.2.4 O Beneficiário Titular deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de até 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador, sob pena de não mais poder exercer este direito.

15.3 O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, ou sucessores, em decorrência de vínculo empregatício, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

15.4 O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

I – indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos; ou

II – à razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu para o plano, ou sucessor, em decorrência de vínculo empregatício, por período inferior a 10 (dez) anos.

15.4.1 Se o período que o ex-empregado contribuiu para o plano for inferior a um ano, o direito será equivalente ao mesmo tempo em que ficou vinculado e contribuindo para o pagamento do plano.

15.5 O direito de manutenção assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

15.6 A condição de Beneficiário Titular decorrente do exercício do direito de manutenção da condição de beneficiário pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos na legislação vigente; ou
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego, que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- c) pelo cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

15.7 Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656/1998.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 – 3º Andar
Bento Ferreira – Vitória – ES – CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

15.8 É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, durante o 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 especial de carências para plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora, nos termos da legislação vigente.

15.9 No caso de cancelamento pela CONTRATANTE do plano privado de assistência à saúde oferecido a seus empregados ativos e ex-empregados, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano individual ou familiar da CONTRATADA, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) a CONTRATADA disponha de plano individual ou familiar ativo para comercialização;
- b) o Beneficiário Titular se responsabilize pelo pagamento integral dos valores de inscrição e mensalidades;
- c) o Beneficiário Titular concorde em pagar o valor da mensalidade constante na tabela de preços vigente na data da contratação do plano individual ou familiar.

15.9.1 Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao Beneficiário Titular no momento do cancelamento do plano da CONTRATANTE.

XVI CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 A CONTRATANTE poderá solicitar, a seu critério, a suspensão ou exclusão do Beneficiário Titular nas seguintes situações:

- a) Inadimplemento, quando o empregado contribuir, parcial ou integralmente, para o custeio do plano;
- b) Solicitação do Beneficiário Titular;
- c) Perda do vínculo com a CONTRATANTE, ressalvadas as condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- d) Fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

16.1.1 Ocorrendo a situação prevista na alínea 'b' do item 16.1, a CONTRATANTE deverá fornecer ao Beneficiário Titular um documento comprovando a data que recebeu o pedido de exclusão, a partir do qual terá o prazo de até 30 (trinta) dias para comunicar a CONTRATADA, pelo mesmo meio que comunica as demais movimentações, mas em protocolo separado, informando que a exclusão é a pedido do Beneficiário Titular e os dados de telefone celular e e-mail do beneficiário.

16.1.1.1 Passado o prazo de 30 (trinta) dias, se a CONTRATANTE não tiver encaminhado à CONTRATADA a solicitação do Beneficiário Titular, este poderá solicitar sua exclusão diretamente à CONTRATADA.

16.1.1.2 Ao solicitar sua exclusão diretamente à CONTRATADA, o Beneficiário Titular deverá comprovar que fez o pedido de sua exclusão do plano à CONTRATANTE há mais de 30 (trinta) dias.

16.1.2 A EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO DE SAÚDE, A SEU PEDIDO, TERÁ EFEITO IMEDIATO E CARÁTER IRREVOGÁVEL A PARTIR DA CIÊNCIA DA CONTRATADA.

16.2 Caberá exclusivamente à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários e à CONTRATADA, tão somente, cumprir a solicitação, salvo nas hipóteses da alínea 'b' do item 16.1 e do item 16.3.

16.2.1 A suspensão da assistência à saúde dos beneficiários será efetivada na data da solicitação da CONTRATANTE à CONTRATADA.

16.2.2 A exclusão de beneficiários será programada pela CONTRATADA para a data indicada pela CONTRATANTE, salvo nas hipóteses das alíneas 'b' e 'd' do item 16.1, que devem obedecer ao disposto no item 16.3 e seus subitens.

16.3 A CONTRATADA poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários sem a anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

- a) Fraude;
- b) Perda do vínculo do titular com a CONTRATANTE, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998; e
- c) Solicitação do Beneficiário Titular feita diretamente à CONTRATADA se, comprovadamente, este mesmo pedido havia sido feito à CONTRATANTE há mais de 30 (trinta) dias, sem que esta tenha comunicado aquela.

16.3.1 Nos casos de fraude e de solicitação do Beneficiário Titular, previstos nas alíneas 'a' e 'c' do item 16.3 acima, a exclusão do beneficiário será efetivada de imediato, a partir da ciência da CONTRATADA.

16.3.2 Na hipótese de perda do vínculo do Beneficiário Titular com a CONTRATANTE, a solicitação deverá expressamente indicar a data para efetivar a exclusão do Beneficiário Titular, sob pena de a CONTRATADA programar a exclusão para a data da solicitação.

16.3.2.1 Se a perda do vínculo do Beneficiário Titular com a CONTRATANTE decorrer de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, a CONTRATANTE deverá observar as regras previstas na cláusula XV REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS, especialmente os subitens 15.1.2, 15.2.1, 15.2.2 e 15.2.3.

16.4 A exclusão de qualquer beneficiário por fraude não desobriga a CONTRATANTE nem o próprio beneficiário da responsabilidade do pagamento dos valores inerentes à prestação dos serviços contratados nem da reparação dos danos, perdas e/ou prejuízos que porventura vierem a ser causados à CONTRATADA, em especial por àqueles impostos pela ANS, por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo pelo Poder Judiciário.

16.5 A rescisão do presente contrato implica, obrigatoriamente, na perda da qualidade de beneficiário para todos os que estiverem a ele vinculados, sejam Beneficiários Titulares com vínculo empregatício ou estatutário ativo ou inativo com a CONTRATANTE.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

16.5.1 A exclusão dos beneficiários em razão da rescisão contratual, independente da Parte que teve a iniciativa, coincidirá com a data do último dia de vigência do contrato.

16.5.2 Com a rescisão do presente contrato não cabe à CONTRATADA garantir aos beneficiários com vínculo empregatício ou estatutário inativo a continuidade da assistência contratada por eventual período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ainda não cumprido.

XVII RESCISÃO / SUSPENSÃO

17.1 A rescisão do contrato poderá ser solicitada, a qualquer tempo, por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

I – se a outra parte infringir qualquer cláusula do presente contrato;

II – por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte da CONTRATANTE;

III – por inadimplemento contratual por parte da CONTRATANTE;

IV – se a outra parte tiver a falência, pedido de plano de recuperação extrajudicial ou recuperação judicial, homologada ou decretada;

V – se qualquer dispositivo legal de insolvência e/ou inabilitação financeira atingir a outra parte.

17.1.1 A Parte que solicitar a rescisão motivada em quaisquer condições listadas nos incisos do item 17.1 não incorrerá em quaisquer ônus.

17.1.2 A parte que der causa à rescisão do contrato motivada em quaisquer condições listadas nos incisos do item 17.1 ficará sujeita ao pagamento de multa equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor total da soma das faturas de mensalidades dos últimos 12 (doze) meses.

17.1.3 O inadimplemento previsto no inciso III do item 17.1 implicará:

- a) na suspensão da assistência médica aos beneficiários, se o atraso no pagamento da fatura for superior a 30 (trinta) dias;
- b) na rescisão do contrato, se o atraso no pagamento da fatura for superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato.

17.1.4 A rescisão por inadimplência de contrato celebrado por empresário individual dependerá de comunicação prévia à CONTRATANTE, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação.

17.1.5 As hipóteses previstas nos incisos I, IV e V não se aplicam, nesses termos, aos contratos celebrados por empresários individuais, devendo-se observar o disposto no item 17.3.1 abaixo.

17.1.6 A rescisão do contrato celebrado por empresário individual embasada no inciso II deverá obedecer o requisito de notificação previsto no item 17.2.2 abaixo.

17.2 A CONTRATADA também poderá rescindir esse contrato:

I – caso a CONTRATANTE não concorde com o índice de reajuste anual necessário para manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, calculado de acordo com o disposto na cláusula XII REAJUSTE;

II – quando decorrerem 60 (sessenta) dias sem que haja beneficiários vinculados ao contrato;

III – se no mês de aniversário do contrato celebrado por empresário individual for constatada a ilegitimidade da CONTRATANTE, conforme determina o item 2.1.1 da cláusula II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO combinado com o item 5.3 da cláusula V – DURAÇÃO DO CONTRATO.

17.2.1 A rescisão motivada no inciso I dependerá de notificação à CONTRATANTE com 60 (sessenta) dias de antecedência e a motivada no inciso II deverá ser comunicada à CONTRATANTE com 30 (trinta) dias de antecedência, não se aplicando, contudo, aos contratos celebrados por empresário individual.

17.2.2 A rescisão motivada no inciso III dependerá de notificação prévia à CONTRATANTE com 60 (sessenta) dias de antecedência informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

17.3 O presente contrato poderá ser rescindido imotivadamente e sem ônus para as Partes mediante prévia notificação de uma parte à outra com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

17.3.1 O contrato celebrado com empresário individual somente poderá ser rescindido imotivadamente pela CONTRATADA na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia à CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, na qual devem constar as razões da rescisão.

17.4 A suspensão da assistência médica aos beneficiários em razão do inadimplemento previsto no inciso III do item 17.1 será efetivada imediatamente depois de o atraso no pagamento da fatura ser superior a 30 (trinta) dias.

17.5 A exclusão de beneficiários será efetivada na data da solicitação feita por qualquer das partes, se decorrente da rescisão motivada do contrato.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

17.6 Na rescisão imotivada, solicitada por qualquer das partes, a exclusão de beneficiários será programada para 60 (sessenta) dias após a data da notificação de uma parte à outra.

17.7 Se na data da rescisão contratual algum beneficiário estiver em internação hospitalar ou domiciliar, nos termos da lei e desse contrato, a CONTRATADA garantirá o atendimento conforme previsto nesse contrato até a alta e cobrará todas as despesas referentes a essa internação, em custo operacional, da CONTRATANTE.

XVIII DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 São partes integrantes deste contrato os seguintes documentos:

- I – Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde;
- II – Comprovante de Entrega;
- III – Declaração de Plano Referência;
- IV – Proposta de Adesão;
- V – Guia de Leitura Contratual;
- VI – Guia Médico Online.

18.1.1 O Guia Médico Online traz as informações atualizadas da rede de prestadores vinculada a este plano, tanto a rede própria quanto a rede credenciada, bem como o perfil assistencial (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ou ELETIVO), a especialidade e/ou os serviços contratados com cada prestador, e deve ser consultado pelos beneficiários sempre que forem utilizar os serviços.

18.2 Também são partes integrantes deste contrato os seguintes documentos entregues aos beneficiários:

- I – Termo de Inclusão Coletivo Empresarial – Titular;
- II – Carta de Orientação ao Beneficiário;
- III – Declaração de Saúde.

18.3 A CONTRATADA entregará à CONTRATANTE o cartão individual de identificação dos beneficiários.

18.3.1 Ocorrendo o extravio, furto ou roubo, do cartão de identificação, o beneficiário deve comunicar, imediatamente e por escrito, o fato à CONTRATADA, para que esta proceda ao cancelamento do cartão.

18.3.2 A emissão de uma nova via do cartão ensejará pagamento de taxa de R\$ 10,00 (dez reais) para cada cartão de identificação emitido.

18.4 É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato ou, ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os cartões de plano de saúde de todos os beneficiários e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA.

18.4.1 Para fins do item 18.4 considera-se documento que deve ser devolvido à CONTRATADA em caso de exclusão de beneficiário ou na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato por qualquer motivo, guias de solicitação e/ou autorização de exames e/ou procedimentos que estejam ou não no prazo de validade para utilização.

18.5 A CONTRATANTE responderá sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido, pelos beneficiários ou por terceiros, dos cartões de plano de saúde, de guias de autorização ou de quaisquer outros documentos, isentando a CONTRATADA de qualquer responsabilidade.

18.5.1 Considera-se uso indevido a utilização do cartão de plano de saúde ou de qualquer outro documento para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam esta condição, por exclusão ou término do contrato, e, em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.

18.5.2 O uso indevido do cartão de plano de saúde de qualquer beneficiário é considerado fraude e poderá ensejar a exclusão do respectivo beneficiário, ainda que o ato tenha sido praticado sem seu conhecimento, além de indenização por perdas e danos.

18.6 Os beneficiários com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos, serão privilegiados no atendimento.

18.7 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado neste contrato.

18.8 A CONTRATANTE, em seu nome e dos beneficiários, reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras entidades integrantes do Sistema Nacional Unimed, com o que a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

18.9 A CONTRATADA se compromete a manter com reserva e sigilo todas as informações a que tiver acesso em razão do presente contrato, sejam elas referentes à CONTRATANTE e/ou aos beneficiários, somente podendo divulgá-las em caso de concordância da CONTRATANTE ou na ocorrência de solicitação judicial ou de órgãos de fiscalização de assistência à saúde.

18.10 A CONTRATANTE, em seu nome e dos beneficiários autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde relativas a esse contrato.



www.unimedvitoria.coop.br
Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-903
T. 0800 026 0080

Plano Coletivo Empresarial
Personal Ambulatorial

18.11 Por meio do presente instrumento a CONTRATANTE reconhece e concorda que, após a disponibilização do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e do Guia de Leitura Contratual por parte da CONTRATADA, a entrega dos documentos aos beneficiários vinculados ao plano de assistência a saúde será da sua (CONTRATANTE) exclusiva responsabilidade, sendo que a eventual omissão dessa obrigação não a eximirá da reparação dos danos, perdas e/ou prejuízos que porventura vierem a ser causados à CONTRATADA, em especial por àqueles impostos pela ANS, por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo pelo Poder Judiciário.

18.12 A CONTRATADA poderá exigir a qualquer tempo declarações e/ou documentos oficiais que comprovem o vínculo entre o Beneficiário Titular e a CONTRATANTE.

18.12.1 A CONTRATANTE deverá, no prazo de até 48h (quarenta e oito horas) contadas da solicitação, fornecer à CONTRATADA as declarações e/ou documentos solicitados, sob pena de arcar com todos os ônus, de qualquer natureza, que forem impostos à CONTRATADA em razão da não apresentação ou apresentação intempestiva destes documentos.

18.12.1.1 Será emitido boleto específico para a cobrança dos ônus impostos à CONTRATADA em razão da não apresentação ou apresentação intempestiva de documentos pela CONTRATANTE.

18.12.2 A CONTRATANTE compromete-se a fornecer as declarações e/ou documentos solicitados mesmo depois de excluído o beneficiário do plano ou rescindido este contrato, desde que a CONTRATADA justifique esta necessidade.

18.12.3 O envio de informações, declarações e/ou documentos para a CONTRATADA contendo omissões, distorções ou incorreções pode caracterizar fraude e ocasionar a rescisão unilateral do contrato, sem prejuízo de indenização por eventuais perdas e danos.

18.13 Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento, não sendo devido o reembolso.

18.14 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

18.15 A CONTRATANTE declara, sob as penas da Lei, que o signatário da Proposta de Adesão e do Contrato é seu representante legal, devidamente constituído na forma do respectivo contrato ou estatuto social, com poderes para assumir as obrigações ora contraídas.

18.16 As cláusulas e condições do presente contrato constituem o seu inteiro teor e prevalecem sobre qualquer contrato, ajuste ou acordo pretérito celebrado entre as partes com estas mesmas características.

18.17 Havendo divergência entre os anexos e as cláusulas e condições deste contrato, estas prevalecerão sobre aqueles.

18.18 O presente contrato e os direitos e obrigações dele decorrentes não poderão ser cedidos, transferidos ou sub-rogados por quaisquer das partes sem o prévio consentimento por escrito da outra.

18.19 Se qualquer das disposições deste contrato eventualmente for considerada ilegal ou inválida em qualquer procedimento administrativo ou judicial, a ilegalidade, invalidade ou ineficácia então declarada deverá ser sempre interpretada restritivamente, não afetando o contrato como um todo, ficando desde logo garantido a ambas as partes o direito de substituir a disposição porventura considerada ilegal ou inválida por outra mediante assinatura do competente termo aditivo.

18.20 O presente contrato e suas obrigações vinculam as partes, seus herdeiros e sucessores a qualquer título.

18.21 O presente contrato não estabelece entre as partes qualquer forma de sociedade, associação, relação de emprego, responsabilidade solidária e conjunta, nem poderá ser entendido como mandato ou agenciamento.

18.22 As Partes Contratantes, por si, seus representantes, administradores, empregados, prepostos, comprometem-se a não praticar qualquer ato que constitua violação às leis e regulamentos aplicáveis, incluindo a Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013), mas a ela não se limitando, e se abstêm de praticar quaisquer atos que facilitem ou impliquem o descumprimento da legislação em vigor pela outra parte, ficando desde já consignado que as Partes Contratantes não desejam receber nenhuma vantagem ilícita nem tampouco solicitam da outra qualquer conduta que possa configurar ato ilícito ou que seja contrária aos seus princípios.

18.23 Informações, elogios, sugestões ou reclamações podem ser encaminhados à CONTRATADA pelos Canais de Atendimento informados no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br).

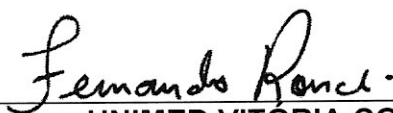
18.24 Na área de acesso exclusivo do cliente Unimed Vitória, acessível pelo sítio da CONTRATADA (www.unimedvitoria.com.br), estão disponíveis diversos serviços para garantir maior comodidade aos beneficiários, tais como extrato de coparticipação, emissão de 2ª via de boletos, extrato de utilização de serviços e pré-marcação de exames.

XIX ELEIÇÃO DE FORO

19.1 Fica eleito o foro da sede da CONTRATANTE para resolver todas e quaisquer demandas relativas ao presente contrato.

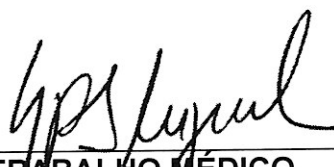
E, por estarem de comum acordo, as Partes, por seus representantes legais, assinam o presente Contrato, em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, para que produza um só efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Vitória/ES, ____ de ____ de ____.



UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
CONTRATADA

Dr. Fernando Ronchi
Diretor Presidente



Dr. Gustavo Peixoto Soares Miguel
Diretor de Mercado



CONTRATANTE
Cláudia Martins da Silva
Diretora Presidente Interina
CODEG

Testemunhas:

Nome: _____
CPF: _____

Nome: _____
CPF: _____

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY