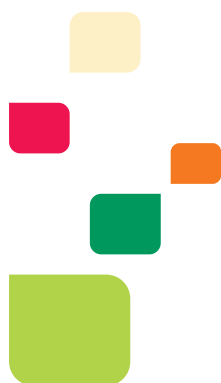




Unimed 
Natal

COLETIVO POR ADESÃO

Nova linha **Green Flex**



Com 43 anos de atuação e pautada dentro dos princípios cooperativistas, a Unimed Natal disponibiliza para o beneficiário a maior rede de assistência médica. Quem tem Unimed Natal conta com um corpo especializado de cooperados, uma ampla rede credenciada de hospitais, clínicas e laboratórios, e disponibiliza uma completa estrutura de serviços próprios.

O Hospital Unimed, por exemplo, está devidamente estruturado com modernos equipamentos e é o único no Estado a possuir a Acreditação Hospitalar, mais importante selo de certificação de qualidade para serviços de saúde, fornecido por instituição credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

A cooperativa conta com 07 serviços próprios exclusivos, que oferecem juntos mais de 20 diferentes especialidades médicas. Incluindo um laboratório, um centro dedicado à saúde da mulher e dois centros dedicados exclusivamente ao atendimento pediátrico.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano se destina à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por adesão ou Coletivo Empresarial	6
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: Referência, Hospitalar com Obstetrícia, Hospitalar sem Obstetrícia, Ambulatorial, Odontológica e suas combinações.	6
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares. Pode ser coletiva ou individual.	7
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional. É obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	6
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	11
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	18
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	23
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir o 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.	21
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e /ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	27
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	21
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	38

REAJUSTE

O reajuste por variação de custos é o aumento anual da 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.

34

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 (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

ÍNDICE

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE.....	6
2. ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	7
3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	7
4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	11
5. EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	18
6. DURAÇÃO DO CONTRATO.....	21
7. PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	21
8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	23
9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	24
10. REMOÇÃO.....	25
11. CONDIÇÕES DE REEMBOLSO.....	27
12. MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	27
13. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE.....	32
14. REAJUSTE.....	34
15. FAIXAS ETÁRIAS.....	37
16. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	37
17. RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	38
18. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.....	39
19. REGRAS ANTICORRUPÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL.....	40
20. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	41
21. ELEIÇÃO DE FORO.....	44
ANEXO I - COPARTICIPAÇÃO.....	45
ANEXO II - GLOSSÁRIO.....	46
ANEXO III - PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS.....	52

GREEN FLEX II AD C-A

PLANO AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA PADRÃO APARTAMENTO – COM COPARTICIPAÇÃO

Número de Registro de Produto na ANS: 486.923/20-1

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

1.1 QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, nome de fantasia **UNIMED NATAL**, classificada como cooperativa de trabalho médico, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, inscrita no CNPJ/MF sob nº 08.380.701/0001-05, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 335592, com sede na Rua Mipibu, nº 511, Bairro Petrópolis, Natal/RN, CEP 59.020-250, representada na forma de seu estatuto social, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus médicos cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados, de rede própria e/ou contratada.

1.2 QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE:

1.2.1 Pessoa jurídica já qualificada no Contrato Operacional, que é parte integrante do presente Contrato.

1.3 NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:

1.3.1 Nome Comercial: **GREEN FLEX II AD C-A**

1.3.2 Registro de Produto na ANS nº 486.923/20-1

1.4 TIPO DE CONTRATAÇÃO:

1.4.1 O presente Contrato é caracterizado como Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão.

1.5 SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

1.5.1 O Plano possui a segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

1.6 ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

1.6.1 Os serviços ora contratados serão prestados pela OPERADORA conforme disposto no Guia Médico online da **REDE GREEN FLEX** da OPERADORA, acessível no endereço eletrônico <http://www.unimednatal.com.br> ou pelo aplicativo Unimed Natal Beneficiário disponível nas plataformas digitais, através de seus médicos cooperados e rede própria ou por ela credenciada, com direito ao atendimento na REDE BÁSICA, desde que disponibilizada no local da prestação de serviços, compreendendo como área geográfica de abrangência aquela qualificada como ESTADUAL, a qual inclui todos os municípios do Estado do Rio Grande do Norte.

1.6.2 A rede de atendimento prevista neste contrato é a Rede Básica, não incluindo os prestadores de Tabela Própria, Rede Especial, Diferenciada ou Master do Sistema Unimed.

1.7 ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

1.7.1 A área de atuação do plano contratado abrange todos os municípios do Estado do Rio Grande do Norte (RN).

1.8 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

1.8.1 Individual (apartamento).

1.9 FORMAÇÃO DO PREÇO:

1.9.1 A forma de estabelecimento dos valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada é o preço pré-estabelecido.

1.10 SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:

1.10.1 EMERGÊNCIA FORA DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA CONTRATADA

1.10.1.1 Em caso de urgência e emergência, e somente nesses casos, os beneficiários poderão ser atendidos fora da área geográfica de abrangência do plano de saúde ora contratado, desde que dentro do território nacional, através das demais cooperativas médicas que integram a REDE BÁSICA de intercâmbio do SISTEMA NACIONAL UNIMED, quando haja disponibilidade no local da prestação de serviços, nos municípios onde elas exerçam ou venham a exercer atividade, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local.

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1 OBJETO DO CONTRATO

2.1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à época do evento.

2.2 NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

2.2.1 A natureza do presente instrumento jurídico é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 São beneficiários titulares as pessoas físicas que mantenham com a respectiva Entidade vinculada à CONTRATANTE relação de caráter profissional, classista ou setorial nos termos da RN/ANS 195/2009 e suas posteriores alterações, a saber: conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de pro-

fissões regulamentadas; as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa – RN/ANS nº 195, de 14 de julho de 2009 e suas atualizações, bem como as entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985 e Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985.

3.2 No intuito de comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, a CONTRATANTE deverá apresentar à OPERADORA a documentação de cada uma das ENTIDADES, conforme abaixo:

- a) Cópia do Estatuto Social / Contrato Social e seus aditivos (se possuir);
- b) Cópia da Ata de Assembleia que comprove a eleição e posse dos representantes legais (se possuir);
- c) Cópia do CNPJ;
- d) Cópia do RG e CPF dos representantes legais.

3.3 A CONTRATANTE é obrigada a fornecer à OPERADORA, por escrito, conforme movimentação cadastral descrita abaixo, a relação de inclusões e exclusões de beneficiários no plano, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a pessoa jurídica, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência, acompanhada dos respectivos Pedidos de Inclusão ou Exclusão.

Movimentação	Envio Arquivo	Vigência	Movimentação/ Inativação	Cobertura de Atendimento	Fechamento da Fatura	Vencimento da Fatura
01 a 10	23	01 do mês subsequente	20 a 25**	01 a 30	25 de cada mês	5 do mês subsequente
11 a 20	03 do mês subsequente	10 do mês subsequente	30 a 05**	10 a 09 mês subsequente	30 de cada mês	15 do mês subsequente
21 a 30	13 do mês subsequente	20 posterior a data de adesão	10 a 15**	20 a 19 mês subsequente	05 do mês subsequente	25 do mês subsequente

3.4 A CONTRATANTE deverá obedecer aos períodos de movimentação cadastral descritos na tabela acima. Na hipótese de inobservância pela CONTRATANTE quanto às datas para envio do arquivo ao cadastro da OPERADORA, a vigência para atendimento do beneficiário será sempre aquela descrita para o próximo período em processamento pela OPERADORA.

3.5 São beneficiários dependentes, em relação ao beneficiário titular:

- a) o cônjuge;
- b) o(s) irmão(s);
- c) o(s) sobrinho(s);
- d) o(s) neto(s);
- e) o(s) filho(s);
- f) o(s) enteado(s), o(s) menor(es) sob guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s), que fica(m) equiparado(s) a(o)s filho(s);
- g) o(a) convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

h) o(a) companheiro(a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável.

3.6 No intuito de comprovação da elegibilidade dos beneficiários (titulares e dependentes), a CONTRATANTE deverá apresentar à OPERADORA a documentação abaixo descrita:

3.6.1 DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES:

- a) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência;
- b) Beneficiário Titular estrangeiro: sem RG, considerar o n° do passaporte e CPF;
- c) Cópia de documento que comprove o vínculo com a ENTIDADE.

3.6.2 DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES:

- a) Cônjuge: cópia da certidão de casamento, RG e CPF;
- b) Companheiro(a): Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a) ou cópia simples da Declaração de União Estável registrada em cartório, RG e CPF;
- c) Filhos(as) até 29 (vinte e nove) anos incompletos: cópia da Certidão de Nascimento ou RG e CPF (de acordo com a legislação vigente);
- d) Enteados(as) até 29 (vinte e nove) anos incompletos: Cópia da Certidão de Nascimento ou RG, CPF (de acordo com a legislação vigente) e da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a) OU cópia simples da Declaração de União Estável registrada em cartório dos pais;
- e) Menor sob guarda judicial ou sob tutela/civilmente incapaz: Cópia da Certidão de Nascimento ou RG, CPF (de acordo com a legislação vigente) e documento legal que comprove a guarda ou tutela.

3.7 É assegurada a inclusão:

I – do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por este, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou da adoção, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela OPERADORA, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

II – do recém-nascido sob guarda ou tutela do beneficiário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular responsável legal, conforme o caso, contanto que a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias a contar da guarda ou tutela, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

III – do menor de 12 (doze) anos adotado pelo beneficiário titular, ou sob guarda ou tutela deste, contanto que a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso;

IV – do filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a inclusão seja efetivada em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os períodos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, sendo vedada a alegação de DLP, bem como a imposição de CPT;

V - do cônjuge do beneficiário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato e desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após a data da realização do casamento civil;

VI – do beneficiário que mantenha vínculo profissional, classista ou setorial com a Entidade, bem como seu(s) dependente(s), isento do cumprimento dos prazos de carência, desde que a inscrição no plano ocorra em até 30 (trinta) dias da data do ingresso da Entidade ao contrato coletivo celebrado entre a OPERADORA e CONTRATANTE.

VII - do beneficiário (titular e dependente) que se vincular à Entidade após o transcurso do prazo previsto no inciso VI supra, com isenção do cumprimento dos prazos de carência, desde que formalize sua adesão ao presente instrumento durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data de ingresso da Entidade ao contrato coletivo celebrado entre a OPERADORA e a CONTRATANTE.

VII.1 - Aqueles que se tornarem dependentes ou elegíveis após o transcurso do prazo dos 30 (trinta) dias contados da data do ingresso da Entidade ao contrato coletivo celebrado entre a OPERADORA e a CONTRATANTE, poderão ingressar sem cumprimento de carências no subsequente aniversário da data do ingresso da Entidade ao contrato celebrado entre a OPERADORA e a CONTRATANTE. Caso a condição de dependente seja anterior e o ingresso ocorra após o aludido prazo, ele terá que, necessariamente, cumprir o período de carência, ressalvadas as hipóteses legais de não cumprimento de carência.

3.7.1 Em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias na forma descrita na Súmula Normativa nº 25, de 13 de setembro de 2012 e suas atualizações, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela OPERADORA, diferenciam-se as seguintes hipóteses:

I - Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou

II - Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

3.8 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

3.9 Na hipótese das inscrições relacionadas no item 3.7, após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura Parcial Temporária.

3.10 Caberá à CONTRATANTE exigir a comprovação da legitimidade da respectiva Entidade, na forma do art. 9º da RN Nº 195, de 14 de julho de 2009 e suas atualizações, e a condição de elegibilidade do beneficiário.

3.11 A condição de dependência deverá ser comprovada pelos beneficiários através de documentos.

3.12 Não será permitida a inclusão de “dependentes de dependentes” no presente contrato.

3.13 O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição será automaticamente excluído do contrato.

3.14 Quando for o caso, ficará a critério da CONTRATANTE a realização de exame prévio de admissão nos beneficiários, a fim de averiguar a existência de Doenças e Lesões Preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação necessária para a efetivação da contratação.

3.15 A inclusão de cada Entidade e seus respectivos beneficiários no presente instrumento está condicionada à assinatura de TERMO DE INCLUSÃO DE ENTIDADE.

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 A OPERADORA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), visando o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações vigentes à época do evento, de acordo com a segmentação assistencial do plano de saúde ora contratado (**ambulatorial, hospitalar com obstetrícia**), garantindo o seguinte:

- a) As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei n° 9.656/1998 devem envolver as atividades educacionais, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;
- b) Os eventos e procedimentos relacionados na Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde;
- c) O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da OPERADORA de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

A – COBERTURA AMBULATORIAL

A.1 A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, credenciados e indicados no **Guia Médico online da REDE GREEN FLEX**, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar em quaisquer das suas modalidades ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

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

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e preencham os requisitos previstos nas diretrizes clínicas e de utilização, se houver;

III – Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente e desde que preencha os requisitos previstos nas diretrizes de utilização, se houver:

IV – Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme solicitação do médico assistente;

V - Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme solicitação do médico assistente;

VI - Cobertura das ações de planejamento familiar para a segmentação ambulatorial, listadas no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente;

VII - Cobertura de atendimentos da segmentação ambulatorial caracterizados como urgência e emergência conforme resolução específica sobre o tema;

VIII - Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

IX - Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD, conforme solicitação do médico assistente;

X - Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (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;

XI - Cobertura de 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, conforme solicitação do médico assistente, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei n° 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 e suas atualizações; e

b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA;

XII - Cobertura de procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial listados no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente;

XII.1 - No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a OPERADORA deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

XIII - Cobertura de procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente;

XIV - Cobertura de hemoterapia ambulatorial, conforme solicitação do médico assistente;

XV - Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente.

B - INTERNAÇÃO HOSPITALAR

B.1 A OPERADORA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados com urgência e emergência, de acordo com a solicitação do médico assistente, conforme Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, sempre obedecendo ao disposto no **Guia Médico online da REDE GREEN FLEX**, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso IX deste item B.1, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura de diárias de todas as modalidades de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

II – Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

II.1 – A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

II.2 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

III - Cobertura de transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

1) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob às expensas da OPERADORA de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

2) os medicamentos utilizados durante a internação;

3) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção**;

4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

III.1 - Os procedimentos de transplantes, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

a) na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

b) as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma e autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

c) são competências privativas das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

d) os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da Resolução Normativa - RN n° 259, de 17 de julho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

IV - Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais;

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, respeitando-se a segmentação contratada;

V - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, devendo ser observadas as seguintes disposições da Resolução Normativa – RN n° 424, de 26 de junho de 2017 e suas atualizações:

a) Cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e

b) profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

c) A OPERADORA deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a OPERADORA discordar das marcas indicadas.

V.1 – Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados na Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

VI - Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, nos casos em que o beneficiário seja criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, idoso a partir de 60 (sessenta) anos de idade e pessoa portadora de deficiência, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII - Cobertura de procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, para segmentação hospitalar, executados por profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

VIII - Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares, solicitados por cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a.1) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

a.2) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência;

IX - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

g) embolizações listadas nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, **exceto fornecimento de medicação e manutenção.**

IX.1 - No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a OPERADORA deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

X - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem (**exceto em caráter particular**) e alimentação;

XI - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

XII – Cobertura de toda e qualquer taxa, inclusive as taxas de sala de cirurgia, bem como materiais utilizados e esterilizações, de acordo com o porte cirúrgico;

XIII - Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

XIV - Cobertura assistencial obrigatória dos insumos necessários para a realização de procedimentos cobertos na Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde;

XV - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XVI - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos moldes da Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações.

C - PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

C.1 A OPERADORA assegura aos beneficiários a cobertura de consultas médicas, exames complementares, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, conforme estabelecido no **Guia Médico online da REDE GREEN FLEX**, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

II - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP (Doença ou Lesão Preexistente) ou aplicação de CPT (Cobertura Parcial Temporária) ou Agravo; e

III - Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos da Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente;

IV - Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem a processos gestacional.

IV.1 - Quando o atendimento nos casos de urgência e emergência for efetuado no decorrer nos períodos de carência, havendo sido resultante de complicações no processo gestacional ou parto prematuro, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, cobrindo apenas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

IV.2 - Ultrapassado o período de 12 (doze) horas acima referido, ou caso haja a necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que realizará a remoção dentro dos limites da área geográfica de abrangência deste contrato; e

IV.3 - Em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

V - A contratação deste plano pelo beneficiário – pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto.

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº 9.656/98, respeitadas as coberturas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, estão excluídos da cobertura do plano ora contratado os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, os que não preencham os requisitos previstos nas Diretrizes de Utilização e os não descritos expressamente neste contrato, bem como:

- 1) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que: a) emprega medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/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/manual registrado na ANVISA (uso off-label);**
- 2) 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;**
- 3) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- 4) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;**
- 5) 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;**
- 6) 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 incisos X e XI do art. 21 da Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações e, ressalvando o disposto no artigo 14 da Resolução Normativa referenciada;**
- 7) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**

- 8) Cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 9) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 10) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 11) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou antes do cumprimento dos prazos de carências, bem como aqueles prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- 12) 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, nos casos em que: a) a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC NÃO 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 b) a ANVISA não tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013;
- 13) Fornecimento de medicamentos de manutenção, durante a fase de acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;
- 14) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto a cobertura de cirurgias buco-maxilofacial que necessitem de ambiente hospitalar e para aquelas passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- 15) Na segmentação hospitalar, os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações que houverem imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar;
- 16) Despesas de acompanhantes não previstas neste contrato e/ou nos normativos da saúde suplementar, excepcionadas:
 - 16.1) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos, idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente; e
 - 16.2) Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido, neste último caso, como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- 17) Cirurgias para mudança de sexo;
- 18) Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- 19) Consultas, exames, procedimentos, terapias e tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a OPERADORA, à exceção

dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados nos moldes deste contrato e/ou normativos da saúde suplementar e suas atualizações;

20) Consultas, exames, procedimentos, terapias ou tratamentos realizados no exterior;

21) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

22) Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

23) Disponibilização e/ou aplicação de vacinas;

24) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

25) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

26) Transplantes que não estejam cobertos na Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações;

27) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

28) Procedimentos que não estejam previstos na Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações;

29) Procedimentos que não atendam ou preencham a integralidade dos requisitos, critérios e diretrizes exigidos no Anexo II – Proposta de Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde, no Anexo III – Proposta de Diretrizes Clínicas e no Anexo IV – Protocolo de Utilização – PROUT, todos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

30) Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

31) Aparelhos ortopédicos;

32) Realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

33) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio, para a segmentação ambulatorial;

34) Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação, para a segmentação ambulatorial;

35) Embolizações, para a segmentação ambulatorial;

36) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto;

37) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando NÃO especificados no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada;

38) Atendimentos realizados através de profissionais e/ou estabelecimentos não credenciados à OPERADORA, ou seja, não indicados no [Guia Médico online da REDE GREEN FLEX](#);

39) Serviços ou coberturas adicionais de assistência à saúde não previstos neste instrumento, tais como, a título exemplificativo: assistência/internação domiciliar, assistência farmacêutica, transporte aeromédico, emergência domiciliar, transplantes não obrigatórios, procedimentos estéticos, assistência internacional,

saúde ocupacional, remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável, prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência, isenção por prazo determinado do pagamento da contraprestação pecuniária na eventualidade de desemprego e outros.

5.2 As áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas, não possuindo, portanto, cobertura contratual.

6. DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 Este contrato terá prazo de vigência de 12 (doze) meses consecutivos, com início a partir da data de assinatura, de forma física, eletrônica ou com certificação digital, do Contrato Operacional ou Aditivo que contempla o produto objeto do presente Contrato, renovando-se automaticamente por prazo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar em contrário, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem quaisquer ônus, ficando, todavia, durante o período de aviso prévio, vedada a inclusão ou exclusão de beneficiários (titulares ou dependentes).

6.2 É vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor em decorrência da referenciada renovação contratual.

6.3 A data de vigência dos contratos celebrados por meio eletrônico será o dia do efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária do plano de saúde.

6.3.1 Nos contratos coletivos por adesão, caso haja estipulação contratual entre as partes sobre o início da vigência contratual, não se aplica o disposto no item 6.3 desta cláusula.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente no inciso V, do art. 12 da Lei nº 9.656/1998, após o cumprimento as carências a seguir especificadas.

7.2 Os serviços previstos neste contrato serão prestados após o cumprimento das carências abaixo especificadas:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, observado o teor da cláusula “**9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**” deste instrumento;
- b) 30 (trinta) dias para consultas médicas eletivas e exames simples;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos não previstos nesta cláusula, desde que constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- d) 300 (trezentos) dias para partos a termo.

7.3 As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da inclusão de cada beneficiário.

7.4 Os beneficiários inscritos neste instrumento, em consonância com os normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estão sujeitos à Cobertura Parcial Temporária (CPT), ou seja, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, por um período de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da contratação ou adesão ao plano ora contratado,

desde que relacionados exclusivamente às Doenças e Lesões Preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.5 Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do TERMO DE INCLUSÃO DE ENTIDADE firmado entre a CONTRATANTE e OPERADORA, que confirma a data de inclusão da respectiva ENTIDADE. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem cumprimento dos prazos de carência, desde que:

- (1) os mesmos tenham se vinculado à ENTIDADE após os 30 (trinta) dias da celebração do TERMO DE INCLUSÃO DE ENTIDADE; e
- (2) tenham formalizado a adesão ao presente instrumento até 30 (trinta) dias da data de aniversário do TERMO DE INCLUSÃO DE ENTIDADE, ou seja, data do ingresso da ENTIDADE no contrato celebrado entre a CONTRATANTE e a OPERADORA.

7.6 Ultrapassados todos os prazos e condições previstas neste instrumento não haverá isenção de carências, devendo estas serem cumpridas integralmente, nos moldes deste contrato.

7.7 Nos moldes da Súmula Normativa (ANS) n° 21, de 12 de agosto de 2011 e suas atualizações, na celebração de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou no ingresso em plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ou por adesão, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência.

7.8 Na hipótese descrita no item imediatamente anterior, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do art. 12 da Lei n° 9.656, de 1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário e que este não tenha direito à aplicação das regras da portabilidade, adaptação ou migração previstas nas Resoluções Normativas n°s 186, de 2009 e 254, de 2011, respectivamente.

7.8.1 Se durante o cumprimento do período de carência acima informado ocorrer a necessidade de atendimento ambulatorial, hospitalar ou obstétrico pelo beneficiário, fica assegurado que o referido atendimento será realizado através da rede assistencial prevista no plano anterior, ou seja, do produto ora contratado, nos moldes deste instrumento.

7.8.2 Na hipótese do beneficiário optar por adquirir novo produto com acomodação em apartamento após vir do contrato Enfermaria, deverá assinar novo contrato e cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação. Se no período de carência para a acomodação ocorrer necessidade de internação do beneficiário, estará assegurada a acomodação anteriormente contratada.

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998.

8.2 O beneficiário deverá informar à OPERADORA, por meio da Declaração de Saúde, acompanhada da Carta de Orientação ao Beneficiário, o conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

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

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

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

8.6 É vedada a alegação de omissão de informação de Doença ou Lesão Preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela OPERADORA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

8.7 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a OPERADORA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária (CPT), e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do Agravo como opção à CPT.

8.8 Caso a OPERADORA opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT.

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

8.10 Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou 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 Preexistentes declaradas pelo beneficiário ou pelo seu representante legal.

8.11 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, disponível no sítio eletrônico www.ans.gov.br.

8.12 É vedada à OPERADORA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do Contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

8.13 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, a Lei n° 9.656/1998 e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), observado o teor do **Guia Médico online da REDE GREEN FLEX**.

8.14 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 Preexistente declarada, após o cumprimento dos prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

8.15 O Agravo, que será facultativo o seu oferecimento, será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

8.16 Se for identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a OPERADORA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar a abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

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

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

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

8.20 Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

8.21 Após julgamento, e acolhida à alegação da OPERADORA, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a Doença ou Lesão Preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da Doença ou Lesão Preexistente, pela OPERADORA, bem como será excluído do contrato.

8.22 Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 Estão cobertos os atendimentos nos casos de:

- a) **URGÊNCIA**, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

b) **EMERGÊNCIA**, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração de médico assistente.

9.2 A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.

9.3 O atendimento da situação de urgência e emergência será de acordo com a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica para outra unidade da OPERADORA ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

9.4 Nas situações de emergência e urgência é assegurado aos beneficiários:

- a) Garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência contratual de cada beneficiário;
- b) Garantia de que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- c) Garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados até às primeiras 12 (doze) horas para atendimento da segmentação ambulatorial, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência;
- d) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas para atendimento da segmentação ambulatorial, ou até que ocorra a necessidade de internação hospitalar em quaisquer das modalidades, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes;
- e) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas para atendimento da segmentação ambulatorial, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para quaisquer das modalidades de internação hospitalar;
- f) Garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
- g) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para quaisquer das modalidades de internação hospitalar;
- h) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

10. REMOÇÃO

10.1 Será garantida a remoção do beneficiário (titular ou dependente), que já tiver cumprido o período de carência, para outra unidade de atendimento, nas seguintes hipóteses:

- a) De hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS - localizado dentro da área de atuação deste plano, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da OPERADORA vinculados a este Contrato.
- b) De hospital ou serviço de pronto atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado a este Contrato e não pertencente à rede própria da OPERADORA, localizado dentro da área de atuação deste plano, para hospital cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da OPERADORA, vinculados a este Contrato.
- c) De hospital ou serviço de pronto atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da OPERADORA, vinculados a este Contrato, localizado dentro da área de atuação deste plano, para hospital cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da operadora, vinculados a este plano, apenas quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.
- d) De hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado a este plano de saúde, e não pertencente à rede própria da OPERADORA, localizado fora da área de atuação deste Contrato, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados a este Contrato, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos caso em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação deste Contrato na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa – RN nº 259/2011.

10.2 A remoção do beneficiário (titular ou dependente) somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

10.3 A remoção de beneficiários que já tenham cumprido o período de carência não será obrigatória nas seguintes hipóteses:

- a) De local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN nº 259/2011; ou
- b) De hospital ou serviço de pronto atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da contratada, vinculados a este plano, localizado dentro da área de atuação deste Contrato, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado a este Contrato, e não pertencente à rede própria da contratada.

10.4 Para os casos em que o beneficiário (titular ou dependente) ainda esteja cumprindo prazos de carência, a sua remoção será garantida pela contratada para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando, após atingir o limite de 12 (doze) horas de atendimento, surgir a necessidade de internação.

10.5 Serão observadas as seguintes regras no caso de remoção para unidade SUS:

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

c) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não pertença ao SUS, a OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

11. CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

11.1 A OPERADORA assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas com assistência à saúde efetuadas pelo titular ou dependente, nos casos exclusivos de urgência ou emergência quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela OPERADORA, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos moldes deste instrumento.

11.2 O reembolso, que não poderá ser inferior à Tabela dos preços do produto, será efetuado de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-Hospitalares praticadas pela OPERADORA, vigente à data do evento, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias, desde que solicitados até o prazo de 01 (um) ano, contado a partir do atendimento, com a apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- 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) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

11.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência, após o qual o beneficiário deverá, obrigatoriamente, dirigir-se às entidades credenciadas para atendimento aos beneficiários do plano ora contratado.

11.4 O beneficiário perderá o direito ao reembolso após decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

11.5 Na hipótese de reembolso parcial, os documentos definidos no item 11.2 serão devolvidos.

12. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

I - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO VIRTUAL E DEMAIS MECANISMOS

12.1 A OPERADORA fornecerá aos beneficiários o **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO VIRTUAL** referente ao plano de saúde ora contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo da CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido e a aposição de digital em local indicado, no momento do atendimento, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a OPERADORA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento aos seus beneficiários.

12.1.1 O **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO VIRTUAL**, referente ao plano de saúde contratado, será disponibilizado pela OPERADORA de forma virtual, através do aplicativo Unimed Natal Beneficiário disponível nas plataformas digitais.

12.2 A utilização indevida do **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO VIRTUAL**, ou cartão físico, para obter atendimento por beneficiários (titular ou dependentes) que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários, poderá ensejar pedido de indenização por perdas e danos e demais consequências cabíveis.

12.3 Na eventual hipótese de utilização de Cartão Individual de Identificação, por meio físico, ocorrendo a perda, extravio, furto ou roubo do referido cartão, o beneficiário deverá informar, por escrito, o fato à OPERADORA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via, quando será disponibilizado, pela OPERADORA, **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO VIRTUAL**.

12.3.1 Na eventual hipótese de solicitação pelo beneficiário de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, por meio físico, a OPERADORA se reserva o direito de cobrar uma taxa equivalente a R\$ 5,00 (cinco reais), por unidade, reajustado anualmente pelo IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas.

12.3.2 A referida taxa não será cobrada quando o furto ou roubo for comprovado através de Boletim de Ocorrência.

12.4 A CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Adesão, sobretudo no que diz respeito aos dependentes a serem incluídos.

12.5 A CONTRATANTE deverá notificar a OPERADORA sobre eventual mudança de endereço e alterações cadastrais de todos os beneficiários inscritos neste instrumento, eximindo-a de quaisquer responsabilidades em relação às negligências dessas ações.

12.5.1 Havendo o descumprimento do dever de informação sobre eventual mudança de endereço e/ou dados cadastrais por parte do contratante, no caso de notificação por via postal com aviso de recebimento, entregue no endereço do consumidor contratante, presume-se, até prova em contrário, que o consumidor contratante foi notificado, não sendo necessária sua assinatura no aviso de recebimento, inclusive nos casos de notificação para rescisão contratual e demais correspondências, observado o inteiro teor da súmula normativa (ANS) n° 28, de 30 de novembro de 2015 e suas atualizações.

12.6 Será disponibilizado virtualmente aos beneficiários o **Guia Médico online da REDE GREEN FLEX**, informando a relação de seus prestadores de serviços próprios e credenciados, com os respectivos endereços, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico que gera constantes alterações no quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada, bem como obedecer as regras que disciplinam o atendimento pelas entidades credenciadas.

12.6.1 A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da OPERADORA, disposta no **Guia Médico online da REDE GREEN FLEX**, será atualizada periodicamente e disponibilizada na internet, no site www.unimednatal.com.br, podendo ainda a CONTRATANTE tirar dúvidas sobre informações dos prestadores cadastrados no telefone **0800 084 2323**.

12.7 A OPERADORA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial constante do **Guia Médico online da REDE GREEN FLEX**, bem como contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art. 17 da Lei n° 9.656/98, desde que:

- a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS 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;
- b) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a OPERADORA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- c) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da OPERADORA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a OPERADORA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

12.8 A OPERADORA assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes, através de médicos cooperados e serviços credenciados, de acordo com o **Guia Médico online da REDE GREEN FLEX**, conforme especificado a seguir:

- a) Consultas e sessões: serão atendidos nos consultórios de médicos cooperados e de outros profissionais credenciados para os referidos serviços, escolhidos dentre a rede de prestadores;
- b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados, mediante solicitação do médico assistente;
- c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados na rede própria ou credenciada, mediante solicitação do médico assistente.

12.8.1 Nos casos de urgência e emergência os beneficiários poderão dirigir-se **exclusivamente aos prontos-socorros credenciados para atendimento aos beneficiários inscritos no plano ora contratado**.

12.9 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da OPERADORA.

12.10 As autorizações serão obtidas na sede da OPERADORA do qual o beneficiário está vinculado, ou por meio da Central Telefônica da OPERADORA, com emissão da resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

12.11 Para internações hospitalares eletivas, independentemente da modalidade, o beneficiário deverá procurar a OPERADORA, antes de se dirigir à rede hospitalar credenciada do plano contratado, apresentando o pedido de internação firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento

prescrito, a duração prevista da internação, quando a OPERADORA emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

12.12 Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da OPERADORA não se responsabilizar por quaisquer despesas utilizados de maneira diversa da pactuada.

12.13 A OPERADORA poderá solicitar, em qualquer etapa do processo de autorização de procedimentos, a apresentação de documentos complementares que auxiliem na análise técnica do(s) procedimento(s) solicitado(s), a exemplo de laudos de exames, justificativas médicas, dentre outros.

12.14 A OPERADORA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

12.15 Todas as modalidades de internação hospitalar serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente e a guia de internação expedida pela OPERADORA, devendo a internação ser feita no Hospital próprio ou credenciado, conforme descrito no **Guia Médico online da REDE GREEN FLEX**.

12.16 O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela OPERADORA, em pleno vigor.

12.17 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a OPERADORA fixará o prazo que constará da guia expedida.

12.18 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à OPERADORA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente com justificativa.

12.19 A OPERADORA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma, a OPERADORA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos neste instrumento e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

12.20 Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

12.21 O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

12.22 Sempre que houver divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto por este Contrato, incluindo a indicação de OPME, a OPERADORA poderá realizar junta médica ou odontológica, nos termos da RN/ANS nº 424/2017 e suas atualizações.

II - COPARTICIPAÇÃO

12.23 Coparticipação é o mecanismo de regulação financeira que consiste na parte efetivamente paga pelo beneficiário à operadora de plano privado de assistência à saúde, referente à utilização do procedimento.

12.24 Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento de coparticipação, quando haja efetiva utilização pelos beneficiários, sobre os serviços a seguir descritos:

- a) consultas médicas eletivas;
- b) consultas médicas de urgência;
- c) exames simples;
- d) exames especiais;
- e) terapias simples;
- f) demais procedimentos ambulatoriais que não tenham sido descritos nas alíneas anteriores;
- g) internações hospitalares;
- h) internações psiquiátricas.

12.25 É de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento por cada período de internação, a título de coparticipação, sobre todas as modalidades de internação hospitalar.

12.26 Os percentuais e valores limite sobre os serviços descritos no item 12.24, bem como o valor máximo mensal por beneficiário, que poderão ser cobrados ao beneficiário à título de coparticipação, estão definidos no Anexo I deste Contrato.

12.27 O valor máximo mensal por beneficiário refere-se, tão somente, à cobrança de coparticipação sobre as consultas médicas (eletivas e urgência), exames simples, exames especiais, terapias simples e demais procedimentos ambulatoriais utilizados, estando excluídas deste valor a coparticipação por cada período de internação de todas as modalidades de internação hospitalar e de internação psiquiátrica, que serão cobradas à parte e sobre as quais não haverá limitação de valor para cobrança mensal.

12.28 Nas hipóteses de internações psiquiátricas, a coparticipação será devida quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, não cumulativos, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.

12.29 Não haverá cobrança de coparticipação sobre as terapias especiais.

12.30 Os valores a título de coparticipação serão cobrados juntamente com a mensalidade do plano.

12.31 Os valores devidos a título de coparticipação poderão ser cobrados pela OPERADORA em até 05 (cinco) anos após a sua realização.

12.32 Sempre que houver atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e forem incluídos procedimentos não listados acima e também não contemplados no Rol anterior, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas.

12.33 Os valores devidos a título de coparticipação fixa poderão ser reajustados no prazo e forma estabelecida na Cláusula 14 – Reajuste do presente instrumento.

12.34 A responsabilidade pelo pagamento da coparticipação perdurará ainda que a cobrança seja apresentada após a saída do beneficiário do plano.

13. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

13.1 FORMAÇÃO DO PREÇO

13.1.1 A forma de estabelecimento dos valores a serem pagos pela cobertura contratada é o preço pré-estabelecido.

13.2 MENSALIDADE

13.2.1 A CONTRATANTE obriga-se a pagar à OPERADORA, por cada beneficiário (titulares e dependentes), os valores relacionados na Proposta de Adesão vinculada a este instrumento, para efeito de mensalidade, de acordo com seu número de beneficiários.

13.2.2 As mensalidades são estabelecidas individualmente de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito, obedecido ao disposto na Proposta de Adesão.

13.2.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Adesão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajuste anual disciplinado neste instrumento.

13.2.4 As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, considerando o início da vigência contratual e vencimento da fatura estabelecido na Proposta de Adesão, podendo a OPERADORA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

13.2.4.1 A cobrança da primeira mensalidade dar-se-á por meio de pro rata (proporcionalidade dos dias entre a data do início da vigência contratual e a data do vencimento da próxima fatura a ser gerada), calculada com base nos valores das mensalidades correspondentes às faixas etárias dos beneficiários (titular e/ou dependentes) inscritos no presente contrato.

13.2.5 As faturas emitidas pela OPERADORA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

13.2.6 O pagamento total das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à OPERADORA será de exclusiva responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE.

13.2.7 Caberá à CONTRATANTE efetuar o pagamento das mensalidades dos seus beneficiários inadimplentes nos moldes deste instrumento.

13.2.8 Caberá a CONTRATANTE pagar à OPERADORA multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor total das mensalidades dos beneficiários (titulares e dependentes) inscritos durante o contrato, caso solicite ou dê causa a rescisão contratual antes dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste instrumento.

13.2.9 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

13.2.10 A CONTRATANTE tem conhecimento de que, na hipótese de atraso ou inadimplemento de quaisquer das parcelas da contraprestação pecuniária, o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros órgãos de restrição de crédito, além de estar sujeito à cobrança judicial, observada a legislação vigente.

13.2.11 Quando a data de vencimento ocorrer em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

13.2.12 Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados.

13.2.13 A utilização dos serviços contratados durante o período de suspensão ou de carência, nesse caso ressalvadas as urgências e emergências, implica o dever da CONTRATANTE de pagar à OPERADORA o respectivo custo operacional, incluído da taxa de administração, aferido através da Tabela de Procedimentos, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

13.2.14 A CONTRATANTE está ciente e concorda com o fato de que em caso de rescisão do presente instrumento poderá receber faturas de utilizações anteriores à sua rescisão, comprometendo-se a arcar com os valores que a ele forem faturados.

13.2.15 Caso não sejam devolvidos cartões de identificação e haja utilização indevida por beneficiários inscritos ou haja beneficiário internado que não possa, por critério médico ou determinação judicial, ser transferido/removido, a CONTRATANTE se responsabiliza pelo pagamento dos valores que lhe forem faturados, em custo operacional relacionados a esses eventos, remetendo a OPERADORA as justificativas da cobrança.

13.2.16 A mudança de estrutura societária, incorporação, fusão, cessão, transformação da CONTRATANTE não impossibilitarão o pagamento das faturas emitidas em decorrência do exposto acima, sendo o seu sucessor integralmente responsável pelo pagamento das obrigações contratuais decorrentes deste contrato, não podendo se eximir da condição de sucessor de direitos e obrigações. Ainda que opte, o sucessor, pela rescisão do presente instrumento, permanecerá responsável pelas obrigações pecuniárias e legais decorrentes deste contrato.

13.2.17 As modificações acima descritas deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE à OPERADORA, sendo remetidos os documentos relacionados aos processos societários, com comunicação expressa de intenção de manutenção do contrato ou de sua rescisão, em conformidade com o descrito acima.

14. REAJUSTE

14.1 Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

14.2 Os valores previstos neste instrumento e pactuados na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.

14.3 Nos termos da Lei, todos os valores previstos neste instrumento serão reajustados anualmente entre as partes, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente de custo, que também poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

14.4 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei n° 9.656/98.

14.5 O valor das mensalidades, os valores relacionados à coparticipação, inclusive seus valores máximos mensais e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela OPERADORA, que será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.

14.5.1 Havendo impasse entre as partes quanto à aplicação do reajuste anual, não acordado no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de aplicação, fica acordado que o contrato será rescindido sem aplicação da multa rescisória estabelecida no item 17.15 da Cláusula Décima Sétima.

14.6 Fica estabelecido que independente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

14.7 Se, por qualquer motivo, a OPERADORA for impedida de praticar o reajustamento, nos termos deste instrumento, provisoriamente, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal por um índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

14.8 Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

14.9 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade de forma complementar ao índice eleito pela OPERADORA, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato.

14.9.1 O limite técnico para reajuste por sinistralidade será de 70% (setenta por cento).

14.10 Os reajustes serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos termos do que dispõe a Resolução específica sobre o assunto.

14.11 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

I - DAS REGRAS SOBRE O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA FINS DE CÁLCULO E APLICAÇÃO DE REAJUSTE

14.12 É obrigatório à OPERADORA formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

14.12.1 Após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no item 14.14 caberá à OPERADORA calcular um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.

II - DA APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS

14.13 Considera-se período de apuração da quantidade de beneficiários o período definido pela OPERADORA de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que deverão ser agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada previamente em data certa, conforme artigo 6° da Resolução Normativa n° 309, de 24 de outubro de 2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

14.14 A quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no subitem a seguir.

14.14.1 Para os contratos firmados após a vigência da Resolução Normativa n° 309, de 24 de outubro de 2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a da assinatura do contrato e as datas seguintes a serem consideradas incorrerão na regra prevista no item 14.14, que corresponderá ao mês de aniversário do contrato.

14.15 Será considerado um contrato agregado ao agrupamento aquele que possuir quantidade de beneficiários igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários no mês de seu aniversário, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de beneficiários.

14.15.1 Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior a 29 (vinte e nove) beneficiários, quantidade estabelecida para a formação do agrupamento no mês de seu aniversário, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.

14.15.2 A apuração da quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.

III - DA APLICAÇÃO DO PERCENTUAL DE REAJUSTE

14.16 O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato, no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

14.16.1 O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

14.16.2 O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

14.16.3 Aos contratos não agregados ao agrupamento deve-se aplicar o reajuste de acordo com a cláusula de reajuste vigente, nos termos deste contrato.

14.16.4 O cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado para o agrupamento de contratos agregados obedecerá às seguintes fórmulas:

$$\text{Reajuste} = (1 + R_{\text{técnico}}) \times (1 + R_{\text{financeiro}}) - 1 \quad (1)$$

$$R_{\text{técnico}} = \frac{S}{S_m} - 1 \quad (2)$$

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Custos Assistenciais Líquidos}}{\text{Receita com Mensalidades}} \quad (3)$$

(1) A avaliação do reajuste será realizada com base na fórmula 1, onde o R Financeiro (*) consiste na inflação médica prevista para os próximos doze meses e o R Técnico o percentual necessário a ser aplicado nas mensalidades, para que haja o reequilíbrio atuarial-financeiro.

(*) Para efeitos deste instrumento o R Financeiro equivale ao índice de reajuste dos planos privados de assistência à saúde suplementar individuais e familiares, divulgado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

(2) O reajuste técnico (R Técnico) é definido conforme a fórmula 2, onde S corresponde a sinistralidade observada nos últimos 12 (doze) meses e Sm a meta de sinistralidade, correspondente a 70% (setenta por cento). Caso S seja inferior Sm, ou seja, a sinistralidade seja inferior a meta, o reajuste técnico será igual a 0 (zero).

(3) A sinistralidade é uma medida que reflete a representatividade dos custos assistenciais em relação às receitas. Considerando que o cálculo do reajuste é baseado na sinistralidade dos contratos agrupados, conforme a Fórmula nº 3, a mesma consiste na relação entre os custos assistenciais líquidos (custos assistenciais subtraídos pelo valor de coparticipação) e a receita total com mensalidades.

14.16.5 A cláusula de reajuste já existente no presente instrumento será aplicada caso o referido contrato deixe de possuir a condição de agregado ao agrupamento.

15. FAIXAS ETÁRIAS

15.1 A variação do preço das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária do beneficiário. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, o valor da contraprestação pecuniária será alterado automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente, conforme abaixo:

Faixa Etária	Percentual
1ª - de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade	0,00%
2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade	18,00 %
3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade	18,00 %
4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade	16,00 %
5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade	16,00 %
6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade	16,00 %
7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade	26,00 %
8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade	26,00 %
9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade	30,00 %
10ª - 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais	30,00 %

15.2 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

15.3 A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

15.4 A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

15.5 A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária não se confunde com o reajuste financeiro anual.

16. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 Caberá tão somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou a exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

16.2 Na ocorrência de inadimplemento por parte do(s) beneficiário(s) com a pessoa jurídica CONTRATANTE, num período superior a 30 (trinta) dias, caberá a esta última requerer a suspensão da assistência à saúde do(s) respectivo(s) beneficiário(s), nos moldes deste instrumento, sem prejuízo da pessoa jurídica CONTRATANTE pagar à OPE-RADORA o(s) valor(es) que porventura estiver(em) em atraso.

16.3 Na ocorrência de inadimplemento por parte do(s) beneficiário(s) com a pessoa jurídica CONTRATANTE, num período superior a 60 (sessenta) dias, caberá a esta última requerer a exclusão da assistência à saúde do(s) res-

pectivo(s) beneficiário(s), nos moldes deste instrumento, sem prejuízo da pessoa jurídica CONTRATANTE pagar à OPERADORA o(s) valor(es) que porventura estiver(em) em atraso.

16.4 A exclusão ou a suspensão da assistência à saúde dos beneficiários pela OPERADORA só poderá ocorrer, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) ocorrer prática de ato ilícito ou fraude contra o plano;
- b) por perda do vínculo do beneficiário titular com a ENTIDADE;
- c) ocorrer perda da qualidade de beneficiário dependente, conforme requisitos do presente contrato.

16.5 A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seu(s) respectivo(s) dependente(s).

16.6 O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição será automaticamente excluído do contrato.

16.7 Será excluído o beneficiário que vier a falecer, após a comunicação do fato à OPERADORA pela CONTRATANTE.

16.8 A comunicação do falecimento do beneficiário é obrigação contratual da CONTRATANTE e, até que o faça formalmente, permanecerá responsável pelas obrigações financeiras decorrentes da manutenção do beneficiário falecido no plano de saúde.

16.9 A exclusão do beneficiário titular e/ou de seu(s) dependente(s) terá efeito imediato a partir da ciência da OPERADORA, nos termos do que dispõe a Resolução Normativa – RN nº 412, e suas eventuais posteriores modificações, cujas disposições deverão ser cumpridas na execução do presente contrato.

17. RESCISÃO/SUSPENSÃO

17.1 O presente contrato, após o prazo de vigência inicial de 12 (doze) meses, poderá ser rescindido imotivadamente por quaisquer das partes contratantes, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se o seguinte:

- a) a responsabilidade da OPERADORA quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio, exceto internação, cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, no entanto, correndo as despesas por conta da CONTRATANTE, a partir do dia subsequente ao da rescisão;
- b) durante o prazo de aviso prévio não será admitido inclusão ou exclusão de beneficiários.

17.2 O atraso no pagamento das mensalidades pela CONTRATANTE por período superior a 10 (dez) dias consecutivos ou 30 (trinta) intercalados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, sem prejuízo do direito da OPERADORA denunciar o contrato, caso a inadimplência persista, nos termos do item 17.3.

17.3 A OPERADORA poderá requerer a rescisão motivada deste instrumento a qualquer momento, inclusive antes de completar o período de 12 (doze) meses, com efeito IMEDIATO a partir da ciência da CONTRATANTE, na hipótese de atraso de pagamento da(s) mensalidade(s) por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não,

nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

17.14 O presente contrato também poderá ser rescindido motivadamente a qualquer momento, inclusive antes de completar o período de 12 (doze) meses, mediante prévia comunicação de uma parte a outra, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, nos casos de fraude contratual e quando for verificada a ausência de beneficiários inscritos neste instrumento.

17.15 Na ocorrência de rescisão contratual motivada ou imotivada, antes do período de 12 (doze) meses, caberá à CONTRATANTE pagar à OPERADORA multa pecuniária de 50% (cinquenta por cento) sobre a totalidade das mensalidades dos beneficiários (titulares e dependentes) inscritos durante o contrato.

17.16 A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da OPERADORA, além das demais descritas neste instrumento, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento, inclusive àquelas referentes a procedimentos autorizados previamente à exclusão do beneficiário, mas não realizados até a referida data, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

17.17 Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época propor a rescisão deste contrato.

17.18 As partes acordam pela rescisão contratual quando houver divergência quanto ao percentual de reajuste anual a ser aplicado neste instrumento.

18. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

18.1 Para aplicação da legislação sobre proteção e tratamento de dados e, para os fins específicos deste Contrato, as partes reconhecem que DADOS PESSOAIS serão coletados, em decorrência da execução do objeto deste Contrato, e que tais dados serão tratados estritamente para garantir a execução deste Contrato, bem como para acompanhamento da assistência médico-hospitalar dos beneficiários ou para atender obrigações exigidas pelas disposições legais de proteção de dados aplicáveis.

18.2 Os DADOS PESSOAIS, inclusive os sensíveis, serão tratados de forma automática ou de forma manual e serão armazenados durante a vigência deste Contrato e, após o seu término, por, no mínimo, pelo período definido na legislação aplicável.

18.3 Fica acordado que:

- (i) a obtenção de todos os DADOS PESSOAIS necessários para a finalidade relacionada a assinatura e execução deste Contrato é um pré-requisito essencial para a existência do próprio Contrato;
- (ii) os DADOS PESSOAIS coletados e tratados não deverão ser comunicados e/ou revelados a terceiros que não estejam expressamente permitidos pela legislação aplicável e necessários para a execução dos serviços de saúde;
- (iii) os DADOS PESSOAIS obtidos ou tratados poderão, ainda, ser comunicados a terceiros indicados pela OPERADORA para a execução dos serviços de saúde, inclusive, no que concerne ao desenvolvimento de programas e ações de prevenção de doenças e acompanhamento de saúde.

19. REGRAS ANTICORRUPÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

19.1 A CONTRATANTE declara que está ciente, conhece, entende e observa integralmente as leis anticorrupção aplicáveis, em especial, mas sem limitar, a Lei nº 12.846, de 2013 (“Legislação Anticorrupção”), comprometendo-se a abster-se de qualquer atividade que constitua violação à legislação vigente, garantindo ainda que:

- (i) não praticará qualquer ação ou omissão que induza a OPERADORA, seus cooperados diretores, profissionais em geral e prepostos a descumprir a Legislação Anticorrupção, zelando para que esta seja cumprida;
- (ii) adota, e continuará adotando durante a vigência do presente contrato, políticas e procedimentos visando assegurar o cumprimento da Legislação Anticorrupção, divulgando e disponibilizando tais políticas e procedimentos, sempre que solicitado pela OPERADORA; e
- (iii) informará expressamente aos seus profissionais, prepostos, prestadores de serviço e subcontratados que não serão admitidos pagamentos de subornos sob qualquer forma, direta ou indiretamente, bem como outras condutas que firam a Legislação Anticorrupção, em nome da OPERADORA, cooperados, diretores, empregados, colaboradores, profissionais em geral e prepostos bem como se compromete a reportar imediatamente à OPERADORA eventual suspeita da existência de tais circunstâncias.

19.2 Na execução deste Contrato, a CONTRATANTE, por qualquer de seus diretores, empregados, colaboradores, prepostos, agentes ou sócios agindo em seu nome, e por seus subfornecedores, não poderá, em qualquer hipótese: dar, oferecer, pagar, prometer pagar, ou autorizar o pagamento de, direta ou indiretamente, qualquer dinheiro ou qualquer coisa de valor a qualquer autoridade governamental, agente público, consultores, representantes, parceiros, ou quaisquer terceiros, com a finalidade de influenciar qualquer ato ou decisão do agente ou do governo, ou para assegurar qualquer vantagem indevida, ou direcionar negócios para, qualquer pessoa, e que violem a Legislação Anticorrupção, em especial a Lei nº 12.846 e o United States Foreign Corrupt Practices (FCPA), de 1977.

19.3 Mediante notificação prévia, poderá a OPERADORA solicitar que a CONTRATANTE comprove no prazo de até 10 (dez) dias corridos o cumprimento de boas práticas que visem a repudiar atos lesivos na condução de suas atividades relacionadas à OPERADORA sendo ilimitadamente responsável por qualquer infração que venha cometer relacionada à Legislação Anticorrupção, sem, contudo, por tal motivo, diminuir e/ou exonerar-se de suas responsabilidades perante a OPERADORA, terceiros e/ou autoridades competentes.

19.4 Qualquer descumprimento por parte da CONTRATANTE e seus subfornecedores de qualquer Legislação Anticorrupção, ensejará a rescisão motivada e imediata do presente instrumento, independentemente de qualquer notificação, observadas as penalidades previstas neste Contrato, ficando, ainda, a CONTRATANTE, responsável por indenizar a OPERADORA contra todo e qualquer dano que esta suporte em razão do descumprimento das obrigações e declarações estabelecidas nesta Cláusula.

19.5 A OPERADORA declara que no desenvolvimento de suas atividades, promove, mantém e executa a aplicação de práticas de fomento à responsabilidade social e ambiental da empresa, especialmente o compromisso formal contra o trabalho escravo, forçado e infantil, proporcionando um ambiente de trabalho seguro e saudável aos seus funcionários, e, ainda, adotando medidas adequadas para prevenir acidentes e danos à saúde, bem como coibindo atitudes de discriminação de qualquer espécie.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a OPERADORA, mesmo em caso de atendimentos por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED (os quais se darão exclusivamente nos casos previstos neste instrumento), com o que a OPERADORA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

20.2 A CONTRATANTE autoriza a OPERADORA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

20.3 Quando necessário e cabível, observada a legislação de saúde suplementar, a CONTRATANTE será a única responsável por repassar o teor das informações prestadas pela OPERADORA, sendo a primeira obrigada a notificar os beneficiários inscritos no presente contrato, eximindo a segunda de qualquer responsabilidade quando as referidas informações não forem repassadas.

20.4 Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a data de sua assinatura, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, de acordo com os normativos vigentes.

20.5 Os dispositivos contratuais que transcrevem regras previstas na legislação de saúde suplementar e demais normativos regulamentares acompanharão a vigência dos referidos atos, de forma que, quando cabível, posterior alteração promovida pelos órgãos competentes automaticamente produzirá efeitos sobre as respectivas cláusulas contratuais.

20.6 O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS está à disposição do(s) beneficiário(s) na sede da OPERADORA, para consulta e cópia.

20.7 Caso o(s) beneficiário(s) prefira(m), também poderá(ão) consultar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS por meio do site www.ans.gov.br, no link legislação.

20.8 Caso algum procedimento seja acrescido por caracterizar nova tecnologia a ser utilizada na prática médica, por ter sido inserido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, a OPERADORA reserva-se no direito de cobrar coparticipação também sobre o novo procedimento.

20.9 A utilização dos serviços contratados durante o período de carência ou de suspensão implica em dever da CONTRATANTE pagar à OPERADORA o respectivo custo, aferido na Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-Hospitalares do plano ora contratado.

20.10 A OPERADORA não autorizará procedimentos em qualquer hospital, clínica ou terceiro prestador de serviço que adote tabela de preços diferente da Tabela de Referência praticada pela OPERADORA ou por outra Cooperativa Médica Unimed com a qual o prestador mantiver contrato, cabendo ao beneficiário que optar por estes estabelecimentos arcar com os custos decorrentes do atendimento, assumindo as despesas e negociando diretamente com o prestador.

20.11 A OPERADORA não reembolsará despesas em hospitais e demais prestadores que não possuam convênio com a Unimed local ou com outras Cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed para atendimento através de intercâmbio, salvo nos casos previstos neste instrumento.

20.12 Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste contrato, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da OPERADORA, para a devida apuração.

20.13 Os procedimentos listados na Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

20.14 Os procedimentos e eventos listados na Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos – que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

20.15 Os procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010 e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.950, de 10 de junho de 2010.

20.16 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, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

20.17 Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

20.18 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificadas no Anexo I da Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada.

20.19 Nos contratos de planos coletivos por adesão é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes do trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

20.20 Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças rela-

cionadas ao processo do trabalho listadas na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999 e suas atualizações, sem prejuízo de outro normativo que venha a substituí-la.

20.21 Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados na Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem na bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

20.22 As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão garantir 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 do art. 21, do Decreto n° 8.077, de 14 de agosto de 2013.

20.23 A CONTRATANTE se responsabiliza por comunicar aos seus beneficiários que as substituições de prestadores havidas na rede assistencial da OPERADORA ficarão disponíveis nos canais de comunicação desta última, quais sejam: sítio virtual www.unimednatal.com.br, campo “SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES”, Central de Atendimento e TELEATENDIMENTO, por intermédio do n° 0800 084 2323.

20.24 A comunicação do endereço eletrônico e telefônico da OPERADORA, onde o beneficiário tem acesso às substituições, já mencionada no item 20.23 anterior, também deverá ser informada no mínimo a cada ano, ou sempre que houver alteração dos respectivos endereços eletrônico e telefônico.

20.25 A OPERADORA fica obrigada a respeitar toda e qualquer legislação do país, especialmente, mas não somente, no que se refere à proibição do trabalho forçado, mão de obra escrava, e do trabalho infantil, comprometendo-se, ainda, a envidar esforços para que tais ações sejam adotadas nos contratos firmados com os fornecedores de seus insumos e/ou prestadores de serviços.

20.26 A CONTRATANTE DECLARA QUE OFERECERÁ AOS BENEFICIÁRIOS O PLANO REFERÊNCIA, COM SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL PREVISTA NO CAPUT DO ARTIGO 10 DA LEI N° 9.656/98, NOS MOLDES DO QUE DETERMINA O §2º DO REFERIDO DISPOSITIVO LEGAL.

20.27 A CONTRATANTE declara que dará ciência aos beneficiários das condições contratuais, as quais lhes serão entregues para todos os fins e efeitos de direito por ocasião dos seguintes documentos: a) Contrato de Adesão ao Plano; b) Carta de Orientação ao Beneficiário, entregue previamente ao preenchimento da Declaração de Saúde; c) Declaração de Saúde; d) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), entregue anteriormente à assinatura da Proposta de Adesão.

20.28 A Proposta de Adesão, documento integrante do contrato, será integralmente preenchido pela CONTRATANTE e entregue à OPERADORA, com as respectivas informações cadastrais e comerciais relacionadas à presente contratação.

20.29 A OPERADORA entregará à CONTRATANTE o arquivo digital do Guia de Leitura Contratual (GLC), documento integrante deste contrato, assim como o Cartão de Identificação dos beneficiários, na hipótese de utilização de cartão físico, conforme as solicitações de adesão. A CONTRATANTE, por sua vez, se responsabilizará por entregá-los aos beneficiários, nos moldes da legislação vigente.

20.30 A assinatura de cada TERMO DE INCLUSÃO DE ENTIDADE será formalizada após a aprovação prévia da OPERADORA.

20.31 É obrigação da CONTRATANTE fornecer ao beneficiário, no ato da sua inscrição, as informações relacionadas ao inteiro teor deste contrato.

20.32 Qualquer tolerância quanto ao descumprimento de disposição legal e/ou contratual não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

20.33 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

20.34 A CONTRATANTE declara ter ciência do inteiro teor dos Anexos a seguir elencados, que são partes integrantes do presente Contrato: Contrato operacional e Aditivos, Anexo I – Coparticipação, que poderá ser substituído por uma nova versão sempre que ocorrer reajuste na forma prevista neste instrumento, Anexo II – Glossário e Anexo III - Proteção de Dados Pessoais, aplicável em conformidade e a partir da vigência definida na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), bem como em observância a suas alterações.

21. ELEIÇÃO DE FORO

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

Por estarem assim, justas e contratadas, as partes acordam que a formalização do presente instrumento efetiva-se com a assinatura da CONTRATANTE e da OPERADORA no Contrato Operacional ou Aditivo que contempla o produto objeto deste Contrato.

Natal/RN, 07 de outubro de 2020

Na qualidade de representantes legais da EMPRESA CONTRATANTE, declaramos:

- a) Que lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato, cujas exclusões e limitações estão de acordo com os preços estipulados.**
- b) Que compreendemos o teor das tabelas de serviços médicos e hospitalares e entendemos seus critérios de aplicação, bem como todas as condições e formas de pagamento.**

Este produto está registrado na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sob o nº 486.923/20-1, conforme legislação vigente.

ANEXO I - COPARTICIPAÇÃO

GREEN FLEX II AD C-A

PLANO AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA PADRÃO APARTAMENTO – COM COPARTICIPAÇÃO

Número de Registro de Produto na ANS: 486.923/20-1

1. Fica estabelecido o quadro de coparticipação abaixo, para o produto objeto deste instrumento, que será reajustada no prazo e forma prevista no Contrato:

EVENTO	COPARTICIPAÇÃO (em % ou R\$)
Consultas médicas eletivas (por consulta)	R\$ 30,00
Consultas médicas de urgência (por consulta)	R\$ 50,00
Exames simples (por exame)	50%(*)
Exames especiais (por exame)	50%(**)
Terapias simples (por sessão)	50%(*)
Terapias especiais	isento
Outros procedimentos ambulatoriais (por procedimento)	50%(**)
Internações hospitalares (por cada período de internação)	R\$ 120,00
Internações psiquiátricas (por cada período de internação)	R\$ 120,00(***)
Valor limite de coparticipação por beneficiário/mês	R\$ 200,00 (****)

(*) Haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) com limitador de R\$ 30,00 (trinta reais) por exame/sessão.

(**) Haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) com limitador de R\$ 90,00 (noventa reais) por exame/procedimento.

(***) Haverá coparticipação a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, continuada ou intercalada, não cumulativa, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.

(****) O valor limite mensal por beneficiário refere-se, tão somente, à cobrança de coparticipação sobre as consultas médicas (eletivas e urgência), exames simples, exames especiais, terapias simples e demais procedimentos ambulatoriais, estando excluídas deste valor a coparticipação por cada período de internação de todas as modalidades de internação hospitalar e de internação psiquiátrica, que serão cobradas à parte e sobre as quais não haverá limitação de valor para cobrança mensal.

ANEXO II - GLOSSÁRIO

1. Para os efeitos deste contrato são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

ACONSELHAMENTO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: Processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto.

ADJUVANTES: São os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): Autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência à saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: É qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a OPERADORA e o beneficiário.

AMBULATÓRIO: Estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.

ANTICONCEPÇÃO: Prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO: Especificação nominal do estado ou municípios que integram a área geográfica de abrangência, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: É aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento, conforme especificado na Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações.

ATENDIMENTO CLÍNICO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: É aquele realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

ATENDIMENTO ELETIVO: Termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO GINECOLÓGICO: Atividades de prevenção, recuperação e tratamentos de doenças que acometem o aparelho genital feminino, inclusive as mamas.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: Todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

ATIVIDADES EDUCACIONAIS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: São as atividades executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo.

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTO DE SAÚDE: Mecanismo de regulação da operadora que consiste em avaliação da solicitação antes da realização de determinados procedimentos de saúde.

BENEFICIÁRIO: Pessoa inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: Qualquer pessoa incluída no mesmo plano de assistência à saúde, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao beneficiário titular, exclusivamente, na forma e condições previstas neste instrumento.

BENEFICIÁRIO TITULAR: É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual o caracteriza como detentor principal do vínculo com a OPERADORA.

BENEFÍCIO: É uma cobertura não obrigatória pela regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, oferecida aos beneficiários, nas condições expressas no contrato.

CÁLCULO ATUARIAL: É o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do consumidor beneficiário e tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: É o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do beneficiário (titular e dependente) no contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o CONTRATANTE paga as mensalidades, mas os beneficiários ainda não têm acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: Cédula onde se determina a identidade do beneficiário, validade, código de inscrição na OPERADORA, e, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

CENTRO CLÍNICO UNIMED: Estabelecimento de assistência médica em regime ambulatorial destinado ao atendimento dos beneficiários.

CID-10: É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE: Os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

COBERTURAS: São as cláusulas contratadas que definem os direitos dos beneficiários.

COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: Alterações patológicas durante a gestação, como por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

CONCEPÇÃO: Fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da OPERADORA quanto do CONTRATANTE e dos beneficiários inscritos em um mesmo plano privado de assistência à saúde.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): É o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar, fixar diretrizes gerais para implementação do setor de saúde suplementar, deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões, nos moldes do art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

CONSULTA: É o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: Pagamento de uma importância pelo CONTRATANTE de plano de saúde a uma OPERADORA para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.

CONVIVENTE: Pessoa que vive em comum com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato e mancebia; amigo, amasiado, companheiro.

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO: Modalidade na qual é classificada uma OPERADORA que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n° 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.

COPARTICIPAÇÃO: Mecanismo de regulação financeira que consiste na parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde, referente a realização do procedimento.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: É o formulário que acompanha o contrato do plano de saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.

DIRETRIZES CLÍNICAS: Aquelas que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória.

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT): Aquelas que estabelecem critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I da Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações.

DOENÇA: É o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: Falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA CONGÊNITA: Doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intrauterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP): Aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: É aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: É o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

ENTIDADES: São as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial representadas pelos conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa – RN/ANS n° 195, de 14 de julho de 2009 e suas atualizações, bem como as entidades previstas na Lei n° 7.395, de 31 de outubro de 1985 e Lei n° 7.398, de 4 de novembro de 1985, que contratarem a Administradora de Benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde coletivo por adesão e ingressarem no presente instrumento, através do TERMO DE INCLUSÃO DE ENTIDADE.

ENTREVISTA QUALIFICADA: Orientação ao beneficiário, realizada às expensas da OPERADORA, executada por médico credenciado e/ou referenciado pela OPERADORA, antes ou por ocasião da contratação do plano, para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são informadas as doenças ou lesões que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde e para esclarecer sobre questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

EVENTO: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença, nesta definição incluídas as eventuais internações hospitalares.

EXAME: É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: É o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela OPERADORA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

EXAMES ESPECIAIS: São todos os exames de diagnóstico constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, exceto aqueles definidos como exames simples.

EXAMES SIMPLES: São os exames de diagnóstico simples constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, conforme a seguir: **a) análises clínicas (exceto exames genéticos); b) citopatologia; c) eletrocardiograma; e d) raio X simples.**

EXCLUSÃO DE COBERTURA CONTRATUAL: Situação na qual, de acordo com a legislação de plano de saúde e o contrato, procedimento e/ou evento em saúde não são de cobertura obrigatória pela OPERADORA de plano privado de assistência à saúde.

GUIA MÉDICO ONLINE DA REDE GREEN FLEX: Livreto online de publicação da OPERADORA, onde consta a relação de médicos cooperados, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados para atendimento dos beneficiários.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: Hospital pertencente ao Sistema UNIMED, que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência praticada pela OPERADORA.

HOSPITAL-DIA: Recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

INSCRIÇÃO: É o ato de incluir um beneficiário no plano de saúde, condicionado ao aceite da OPERADORA.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Situação na qual o beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico cooperado assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

MECANISMO DE REGULAÇÃO: Meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras para gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde.

MÉDICO ASSISTENTE: É o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MÉDICO COOPERADO: É o médico que participa com cotas da UNIMED NATAL - SOCIEDADE COOPERATIVA DO TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob n° 08.380.701/0001-05, situada na Rua Mipibu, n° 511, bairro Petrópolis, Natal/RN.

MENSALIDADE: Contraprestação pecuniária paga pelo CONTRATANTE à OPERADORA.

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opere produto, serviço ou contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde.

ÓRTESE: Entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

PATOLOGIA: Modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANEJAMENTO FAMILIAR: Conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

PLANO: É a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

PLANO COLETIVO POR ADESÃO: Plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, nos moldes do Art. 9° da RN n° 195, de 14 de julho de 2009 e suas atualizações.

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Qualquer plano comercializado por uma operadora que ofereça cobertura para atendimentos médico-hospitalares ou quaisquer outros para assistência à saúde.

PRIMEIROS SOCORROS: É o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO: É qualquer ato médico praticado e seus complementares, entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias e seus respectivos materiais, taxas, serviços e medicamentos.

PRODUTO DE SAÚDE OCUPACIONAL: É o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.

PRODUTOS: São modalidades de planos de saúde oferecidos pela OPERADORA.

PRÓTESE: É entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL: Entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

REAJUSTE ANUAL DE VARIAÇÃO DE CUSTO: Aumento da contraprestação pecuniária para a correção do desequilíbrio na carteira de planos privados de assistência à saúde em função da variação dos custos médico hospitalares ocorridas no período de 1 (um) ano.

REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA: Aumento da contraprestação pecuniária no plano de saúde em função do deslocamento do beneficiário de uma faixa etária para outra.

REDE ASSISTENCIAL OU REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação.

REDE BÁSICA: Formada pelos hospitais contratados pelas cooperativas Unimeds que disponibilizam leitos de enfermagem (acomodação coletiva) e/ou leitos de apartamento (acomodação individual), e atendam a todas as regras do Intercâmbio Nacional.

REDE PRÓPRIA: Recurso físico de propriedade da operadora, ou de sociedade controlada pela operadora, ou ainda, de sociedade controladora da operadora conforme a Resolução Normativa – RN N° 275, de 1° de novembro de 2011.

REEMBOLSO: Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no contrato do plano privado de assistência à saúde.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: É a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de anexo à Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1° de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: São aqueles serviços que não são de propriedade da Unimed Natal, mas que são citadas no **Guia Médico online da REDE GREEN FLEX**, para atendimento apenas nas situações expressamente previstas neste instrumento contratual.

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: Serviços ou coberturas adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, no caso deste instrumento, apenas o serviço de Emergência fora da Abrangência Geográfica Contratada.

SERVIÇOS PRÓPRIOS DA UNIMED NATAL: Estabelecimento hospitalar ou Clínica/Consultório de propriedade da OPERADORA.

TABELA DE REFERÊNCIA: Lista indicativa de procedimentos médico-hospitalares e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.

TERAPIAS ESPECIAIS: São as terapias constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, conforme a seguir: **a) terapia renal substitutiva (diálises e hemodiálises); b) quimioterapia; c) radioterapia; d) fototerapia com UVA; e) oxigenoterapia hiperbárica; f) terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea e g) terapia imunoprolifática com palivizumabe para o vírus sincicial respiratório.**

TERAPIAS SIMPLES: São todas as terapias constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, exceto aquelas definidas como terapias especiais.



www.unimednatal.com.br
Rua Mipibu, 511° 59020-250
Petropolis - Natal- RN
T. (84) 3220-6200

VERSÃO N° 486.923/20-1.1
Atualizado em 13/10/2020

TERMO DE INCLUSÃO DE ENTIDADE: Documento pelo qual se formaliza o ingresso da ENTIDADE ao presente instrumento.

UNIMED NATAL: É uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n° 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

URGÊNCIA: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com risco de vida, exigindo tratamento imediato.

ANEXO III - PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. Para os fins deste contrato, são considerados:

(a) “DADOS PESSOAIS”: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular.

(b) “DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS”: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”) referente a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, referente à saúde ou vida sexual, dados genéticos ou biométricos.

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

(d) Considera-se “CRIANÇA”, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e “ADOLESCENTE” aquela entre doze e dezoito anos de idade.

2. A UNIMED se compromete, no exercício de seus direitos e deveres, em razão do presente contrato, a cumprir toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados pessoais, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal n. 13.709/2018) e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, se comprometendo a tratar apenas os dados mencionados e/ou nas formas dispostas neste instrumento.

2.1 O tratamento dos dados pessoais no âmbito deste contrato de crianças e adolescentes serão realizados sempre no seu melhor interesse e, para atender ao artigo 14, §1º, da Lei 13.709/2018, para o tratamento dos dados pessoais de crianças será colhido, em momento oportuno, o consentimento escrito de ao menos um dos pais ou responsável legal, nas hipóteses previstas na legislação.

PARÁGRAFO ÚNICO: A UNIMED se resguarda no direito de não coletar consentimento dos pais ou responsáveis em caso de emergência ante a prevalência da obrigação de socorro e direito à vida do indivíduo frente as regras de proteção de dados pessoais vigentes no momento de eventual emergência.

3. Para a prestação do serviço contratado, a UNIMED se vale de uma rede de prestadores de serviços, entre eles hospitais, clínicas, laboratórios entre outras empresas – inclusive integrantes do Sistema Cooperativo UNIMED - com as quais a UNIMED realizará o compartilhamento dos dados pessoais dos beneficiários – sem prejuízo dos compartilhamentos realizados em razão de obrigação legal ou regulatória – o qual será feito sempre no melhor interesse dos beneficiários e nos estritos limites e finalidades dispostos neste instrumento.

4. Em relação aos dados pessoais tratados em razão do presente contrato, informamos que, independente do período de vigência da relação contratual, os beneficiários terão os seguintes direitos:

- (a) Confirmação da existência de tratamento;
- (b) Acesso aos dados;
- (c) Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- (d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;
- (e) Portabilidade dos dados;
- (f) Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento;
- (g) Informação sobre entidades públicas e privadas com as quais foi realizado uso compartilhado de dados;
- (h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa;
- (i) Revogação do consentimento;
- (j) Revisão de decisões automatizadas tomadas com base no tratamento de dados pessoais; e
- (k) Oposição a um tratamento de dados pessoais, comprovadamente irregular.

5. Os beneficiários poderão realizar a requisição dos direitos previstos acima, de forma gratuita, diretamente à Unimed Natal.

6. O direito de informação e acesso poderão ser fornecidos, a depender da requisição expressa do beneficiário:

- (a) Em formato simplificado;
- (b) Em formato completo: declaração clara e completa, que indique a origem dos dados pessoais, a inexistência de registro, os critérios utilizados e a finalidade do tratamento, observados os segredos comercial e industrial, fornecida no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do requerimento do titular.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: As requisições acima serão atendidas:

- (a) Imediatamente, para o formato previsto no item “a”; ou
- (b) 15 (quinze) dias, para o formato previsto no item “b”.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A recusa ou impossibilidade de atendimento imediato da requisição serão devidamente fundamentadas sendo que, no caso de impossibilidade de atendimento imediato, a UNIMED informará o beneficiário o prazo para retorno.

7. Os Beneficiários terão o direito de peticionar à Autoridade Nacional de Proteção de Dados Pessoais assim como a qualquer Órgão de Defesa do Consumidor para noticiar eventual violação de dados pessoais.

8. Os Beneficiários poderão solicitar uma cópia dos dados pessoais – resguardado o segredo comercial industrial - que estejam em posse da UNIMED em formato eletrônico (Pdf, Excel, etc) ou formato impresso.

9. Não obstante o beneficiário tenha direito de requerer o apagamento, anonimização ou de solicitar qualquer outra providência que demande a abstenção do tratamento de dados pessoais do beneficiário pela UNIMED, tal requisição não poderá ser atendida caso o tratamento estiver sendo realizado de maneira lícita ou tiver como finalidade atender a uma obrigação legal ou regulatória.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



84 3220.6200
www.unimednatal.com.br

   **UnimedNatal**