



Diário Oficial do EXECUTIVO

Prefeitura Municipal de Sapeaçu - BA

Quarta-feira • 18 de maio de 2022 • Ano VI • Edição Nº 878

SUMÁRIO



QR CODE

GABINETE DO PREFEITO	2
ATOS OFICIAIS	2
CONTRATO ADMINISTRATIVO (Nº 220407/2022)	2

NOTA: As matérias que possuem um asterisco (*) em sua descrição, indicam REPUBLICAÇÃO.

CONFIABILIDADE

PONTUALIDADE

CREDIBILIDADE



**IMPRENSA
OFICIAL**
MAIS TRANSPARÊNCIA PARA TODOS



GESTOR: GEORGE VIEIRA GÓIS

<http://sapeacu.ba.gov.br/>

ÓRGÃO/SETOR: GABINETE DO PREFEITO

CATEGORIA: ATOS OFICIAIS

CONTRATO ADMINISTRATIVO (Nº 220407/2022)



União Médica

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO
HOSPITALAR**

Nº 220407

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

1.1 - OPERADORA UNIÃO MÉDICA

UNIÃO MÉDICA PLANOS DE SAÚDE S/A

INSCRIÇÃO NO CNPJ -04.745.753/0001- 87

REGISTRO NA ANS - 41.458-1

CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS -- Medicina de Grupo

ENDEREÇO -- Praça Coronel Tertuliano Almeida. N º 05, bairro Kalilândia, Feira de Santana/BA

1.2 – CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL: Município de Sapeaçu

CNPJ: 13.696.257/0001-71

END: Praça Matriz, S/N, Centro, Sapeaçu / BA, CEP: 44.530-000

RESPONSÁVEL- George Vieira Gois

CPF: 252.240.265-04

1.3 - NOME COMERCIAL DO PLANO: OURO EMPRESARIAL I -A -R1

1.4 NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS: nº 486.854/20-4

1.5 TIPO DE CONTRATAÇÃO: Coletivo empresarial.

1.6 TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia.

1.7 ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: Grupo de municípios

1.8 ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: Alagoinhas, Cruz das Almas, Feira de Santana, Itaberaba, Jacobina, Ribeira do Pombal, Santo Antônio de Jesus e Serrinha.

1.9 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: Individual (Apartamento)

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

1



União Médica

2.1 - O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, visando a Assistência Médica, Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, limitados ao ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde vigente à época do evento. II - O presente contrato, possui a natureza de adesão revestido de característica bilateral gerando direitos e obrigações individuais às partes na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil e artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor.

2.2 - O presente contrato, possui a natureza de adesão revestido de característica bilateral gerando direitos e obrigações individuais às partes na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil e artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor.

2.3 - Durante a internação clínica e/ou cirúrgica, a UNIÃO MÉDICA garante aos beneficiários, ACOMODAÇÃO correspondente ao produto do qual o beneficiário realizar adesão.

CLÁUSULA TERCEIRA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O presente contrato observa o REGIME DE CONTRATAÇÃO COLETIVO EMPRESARIAL, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Parágrafo Primeiro: Por ocasião da contratação do plano de saúde o(a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos abaixo:

- 1) Comprovar a sua legitimidade e mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:
 - a) Cópia do contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;
 - b) a relação dos funcionários inscritos no FGTS;
 - c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de **30 (trinta) beneficiários.**
- 2) Comprovar vínculo de seus colaboradores e o preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:
 - a) Proposta de adesão de beneficiário, com ou sem dependentes, para cada titular com vínculo assinado pelo titular e CONTRATANTE;
 - b) Declaração de Saúde, preenchida e assinada para cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);
 - c) Carta de esclarecimento ao beneficiário, assinado pelo titular



- d) Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravado (quando for o caso).
- 3) A omissão de doenças e/ou lesões preexistentes na declaração de saúde dos beneficiários contemplados nesse contrato, acarretará em denúncia e abertura de processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde, podendo a operadora rescindir o contrato por FRAUDE e responsabiliza-los pelos procedimentos referentes a doenças e/ou lesões preexistentes omitidas.

Parágrafo Segundo. O(A) CONTRATANTE informará a UNIÃO MÉDICA, até 15 (quinze) dias anteriores a data do vencimento da fatura, a relação ou o pré-cadastramento no sistema Web Empresarial da Operadora dos beneficiários a serem inscritos ou excluídos no plano de saúde, após início da vigência deste instrumento contratual, acompanhado da apresentação de documentos que comprovem o vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE, bem como os documentos listados no parágrafo anterior.

Parágrafo Terceiro. O termo inicial de vigência dos atendimentos aos beneficiários inscritos será o 1º dia subsequente ao vencimento da fatura do mês, devendo ser observados os prazos de carências.

Parágrafo Quarto. As exclusões de beneficiários somente serão procedidas mediante a comunicação inequívoca da CONTRATANTE ao ex-empregado da opção de manutenção da condição de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, nos termos previstos nos art.30 e 31 da Lei 9656/98, devendo ainda ser fornecido a UNIÃO MÉDICA as seguintes informações:

- I – se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o beneficiário aposentado continuará trabalhando na mesma empresa;
- III – se o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- IV – por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde; e
- V – se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Parágrafo Quinta. Havendo contribuição do ex-empregado e pedido de manutenção no plano de saúde, deverá ser assinado por este um Termo de Opção de Manutenção no plano de saúde disponibilizado pela UNIÃO MÉDICA.

Parágrafo Sexta. A UNIÃO MÉDICA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes a atestar a condição de dependência.

Parágrafo Sétimo. Caso a CONTRATANTE não comprove as informações referentes ao vínculo dos beneficiários, arcará com todas as despesas geradas pela utilização do



plano de saúde por parte destes beneficiários, ficando, desde já, autorizado a UNIÃO MÉDICA a realizar esta cobrança em custo operacional.

Parágrafo Oitavo. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do usuário titular. Também é de responsabilidade da CONTRATANTE informar a UNIÃO MÉDICA o número do CPF dos dependentes inscritos no plano.

Parágrafo Nono. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

3.2 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

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

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

Parágrafo Primeiro. Também são considerados beneficiários titulares do plano de saúde os:

- a) sócios da pessoa jurídica contratante;
- b) administradores da pessoa jurídica contratante;
- c) trabalhadores temporários;
- d) estagiários e menores aprendizes;
- e) demitidos e aposentados conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;
- f) quando o plano for contratado na forma da Lei 8.666/93, a pessoa jurídica contratante poderá inscrever:
 - os aposentados a ela vinculados
 - os agentes políticos;

Parágrafo Segundo. Poderá, ainda, aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial o grupo familiar do beneficiário titular, conforme disposto abaixo:

- O cônjuge;
- Irmãos, até 35 anos completos
- Sobrinho, até 35 anos completos
- Neto, até de 35 anos completos
- Enteado, até 35 anos completos
- Genro, Nora (casados) até 35 anos incompletos
- Os filhos solteiros, até 35 (trinta e cinco) anos incompletos,



União Médica

- O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e os menores tutelados, que ficam equiparados aos filhos;
- O convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- Os filhos comprovadamente inválidos, o que deve ser atestado por profissional médico, ficando a critério da UNIÃO MÉDICA a indicação da melhor forma de comprovação da invalidez alegada, inclusive encaminhando o paciente à perícia/auditoria médica, quando entender conveniente.

Parágrafo Terceiro. É assegurada a inclusão:

- Do recém-nascido, filho natural ou filho adotivo (recém-nascido ou menor de doze anos) do beneficiário titular inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que:
 - a) beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, de acordo com a Súmula Normativa Nº 25, da Agência Nacional de Saúde Suplementar
 - b) a inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;
 - c) seja apresentada a certidão de nascimento ou o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção;
 - d) seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta cláusula; e
 - e) seja paga a inscrição, se houver, e a mensalidade do recém-nascido ou do filho adotivo, no vencimento.
- Do cônjuge do cliente titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.
- 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, de acordo com a Súmula Normativa Nº 25, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo Terceiro. A inscrição do beneficiário titular e dependentes, fica condicionada a apresentação da documentação abaixo em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

I. TITULAR:

- Cópia RG, CPF
- Comprovante de residência atual em nome do titular.
- Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:
 - a) **Funcionários:**
 - Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo); ou
 - Cópia da Ficha de Registro Empregado, assinada e carimbada pela empresa; ou
 - Contracheque, folha de pagamento; ou



- Contrato de Locação;
- b) Temporário, estagiário ou menor aprendiz:**
 - Contrato de Trabalho; ou
 - Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o Registro).
- c) Sócios:**
 - Contrato Social
- d) Administradores:**
 - Contrato Social; ou
 - Procuração com poderes específicos; ou
 - Documento equivalente
- e) Agente Político**
 - Documento de Diplomação

II. DEPENDENTES:

- Esposa: Cópia RG, CPF e Certidão de Casamento;
- Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pública de Reconhecimento de União Estável
- Filhos menores de 18 anos: Cópia da Certidão de Nascimento;
- Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG e CPF;
- Filhos Adotivos: Cópia da Certidão de Nascimento ou do termo de guarda para fins de adoção;
- Enteados: Comprovação de convivência do casal;

Parágrafo Quarto. O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular no plano de assistência à saúde.

Parágrafo Quinto. Caberá a CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco dos dependentes com o titular.

Parágrafo Sexto. A CONTRATANTE no ato da contratação deverá apresentar os documentos que comprovem sua legitimidade para firmar o presente instrumento, bem como deverá comprovar a elegibilidade dos beneficiários inscritos.

Parágrafo Sétimo. A adesão ao plano das pessoas físicas vinculadas à CONTRATANTE, na condição de seu empregado e dos respectivos dependentes, será formalizada mediante assinatura DO TERMO DE ADESÃO, cabendo ao beneficiário titular informar a CONTRATANTE a relação dos dependentes a serem inscritos no plano.

Parágrafo Oitavo. Os dependentes que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência, e com as seguintes especificidades:

6



União Médica

- a) Caso o beneficiário esteja cumprido carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;
- b) o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora;

Parágrafo Nono. Ficará a critério da UNIÃO MÉDICA a realização de exame prévio de admissão nos clientes, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes.

3.3 – A CONTRATANTE compromete-se a comunicar, **IMEDIATAMENTE**, à **UNIÃO MÉDICA** o desligamento do associado, sob pena de arcar com a diferença do valor da mensalidade, desde a data da aposentadoria/demissão do associado.

Parágrafo Primeiro. A **UNIÃO MÉDICA** reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de Vínculo dos beneficiários titulares com a **CONTRATANTE** e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

CLÁUSULA QUARTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 - A UNIÃO MÉDICA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS – Agência Nacional da Saúde Suplementar, vigente à época do evento, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento, e de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nos termos do art. 10 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo único. As coberturas médico-hospitalares descrita no caput referem-se aos atendimentos respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato.

4.2 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, limitados ao ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

4.3 - A cobertura hospitalar definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente compreende os atendimentos realizados em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da

7



União Médica

assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, internações em centro de terapia intensiva ou similar.

4.4 - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10 e respeitando as DUTS - Diretrizes de Utilização do Tratamento" do Rol da ANS,

4.5 - A Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisioterapia como por fisioterapeuta, conforme indicado pelo médico assistente.

4.6 - A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério incluindo e será assegurada quando houver adesão, por parte do CLIENTE, ao produto com obstetrícia.

4.7 - Na cobertura deste contrato estão previstos:

I - cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, inclusive obstétrico para pré-natal em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; sendo os atendimentos efetuados no consultório do médico credenciado pela UNIÃO MÉDICA ou nos locais indicados no guia de serviço de saúde disponibilizado ao CONTRATANTE.

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

III - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada.

IV - a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais, da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

V - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

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

VI - atendimento a emergências psiquiátricas, assim consideradas situações que impliquem risco de vida ou danos físicos para o beneficiário ou para terceiros

CLÁUSULA QUINTA- EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 - Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº. 9656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9.656/98 e no Rol de

União Médica

Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

- a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).

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

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, à exceção quanto aos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

VII – fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

IX – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;



União Médica

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XII - consultas domiciliares;

XIII - próteses importadas não nacionalizadas (que não possuem registro na ANVISA);

XIV - tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais;

XV - atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;

XVI - despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;

XVII - cirurgias para mudança de sexo;

XVIII - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

XIX - enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XX - vacina e sua aplicação;

XXI - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXII - todo e qualquer atendimento domiciliar, home care, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XXIII - remoção domiciliar;

XXIV - os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;

XXV - despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

10



XXVI - procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência **UNIÃO MÉDICA**, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciados a **UNIÃO MÉDICA**, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

XXVII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXVIII - transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;

XXIX - tratamentos em SPA e casas sociais;

XXX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXXI - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXII - a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XXXIII - procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e

XXXIV - especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo Primeiro. A **UNIÃO MÉDICA** não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo usuário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do usuário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

Parágrafo Terceiro. A **CONTRATANTE** compromete-se a intermediar o contato da **UNIÃO MÉDICA** com o beneficiário sempre que este pleitear procedimento não previstos no Rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, bem como de procedimento incluídos no rol das exclusões de cobertura listadas acima;

CLÁUSULA SEXTA - VIGÊNCIA DO CONTRATO



União Médica

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

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela UNIÃO MÉDICA do respectivo TERMO DE ADESÃO, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento, inclusive para contagem dos prazos de cobertura parcial temporária.

Parágrafo Segundo. A UNIÃO MÉDICA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos TERMOS DE ADESÃO a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 24 (vinte e quatro) meses de vigência.

Parágrafo Quarto. Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, prevalecendo, para todos os fins, as condições, normas, coberturas e limitações já previstas sem cobrança de qualquer taxa ou valor a título de renovação.

CLÁUSULA SÉTIMA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 - Os serviços contratados serão prestados aos clientes regularmente inscritos, após o cumprimento das seguintes carências, ressalvando desde já que a carência para a cobertura dos casos de urgência e emergência seguirá o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

- a) Urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas
- b) Consultas ambulatoriais: 30 (trinta) dias
- c) Exames simples: 30 (trinta) dias
- d) Exames complementares: 180 (cento e oitenta) dias
- e) Procedimento de Alta complexidade - PAC: 180 (cento e oitenta) dias
- f) Internamento: 180 (cento e oitenta) dias
- g) Parto: 300 (trezentos) dias

Parágrafo Primeiro. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) usuários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à UNIÃO MÉDICA:

- a) Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
- b) Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.



União Médica

Parágrafo Segundo. Os beneficiários titulares e dependentes que formalizaram o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato, exceto os dependentes recém nascidos e filhos adotivos inscritos conforme Cláusula de Condições de Admissão dos Beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Na eventualidade da redução do número de usuários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

Parágrafo Quarto. Na hipótese do beneficiário optar por adquirir novo produto com acomodação em apartamento deverá assinar novo TERMO DE ADESÃO e cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação. Se no período de carência para acomodação ocorrer necessidade de internação do beneficiário, estará assegurada a acomodação anteriormente UNIÃO MÉDICA.

CLÁUSULA OITAVA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas em 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, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

8.2 - O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

a. Número de participantes menor que 30 (trinta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e

b. Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à UNIÃO MÉDICA:

1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

Parágrafo Primeiro. Os usuários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém nascidos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão dos Usuários.

Parágrafo Segundo. Na eventualidade da redução do número de usuários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.



Parágrafo Segundo. Todos os beneficiários inscritos no plano deverão informar à UNIÃO MÉDICA por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo Terceiro. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Parágrafo Quarto. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico referenciado pela UNIÃO MÉDICA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

a) Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais disponibilizados pela UNIÃO MÉDICA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

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

Parágrafo Quinto. Com base na avaliação das declarações de saúde, a UNIÃO MÉDICA poderá solicitar aos usuários, a realização de uma avaliação médica por profissional indicado pela UNIÃO MÉDICA, que poderá ser ou não acompanhada de exame ou perícia médica. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da UNIÃO MÉDICA.

Parágrafo Sexto. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo Sétimo 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 UNIÃO MÉDICA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo Oitavo. 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, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a UNIÃO MÉDICA oferecerá ao usuário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravio.



Parágrafo Nono. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

8.3 - Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 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 seu representante legal.

Parágrafo Primeiro. Agravio é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura UNIÃO MÉDICA, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Parágrafo Segundo. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a UNIÃO MÉDICA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Terceiro. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br. É vedada à UNIÃO MÉDICA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data de adesão do beneficiário ao plano privado de assistência à saúde.

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

Parágrafo Quinto. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a UNIÃO MÉDICA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo Sexto. Instaurado o processo administrativo na ANS, à UNIÃO MÉDICA caberá o ônus da prova.



União Médica

- a) A UNIÃO MÉDICA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- b) A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- c) Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- d) Após julgamento, e acolhida à alegação da UNIÃO MÉDICA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela UNIÃO MÉDICA, bem como será excluído do contrato.
- e) Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Parágrafo Sétimo. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa o percentual ou valor do Agravo e o período de vigência do Agravo.

CLÁUSULA NONA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 - Para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

9.2 – A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência 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 reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

9.3 - Nas situações de urgência e emergência é assegurado aos beneficiários:

- a) Garantia para atendimentos de urgência e emergência, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do usuário no plano (titular ou dependente, conforme o caso);
- 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;



União Médica

- c) Garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados até às primeiras 12 horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência;
- d) Garantia de atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, 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 diretamente às Doenças e Lesões Preexistentes;

9.4 – Em caso de aplicação da cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência se aplica somente em hipóteses de necessidade de coberturas de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Parágrafo Único. Nesses casos, o plano deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência neste caso, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo maior que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

9.5 - A operadora garantirá a cobertura da REMOÇÃO do paciente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, previstos no contrato, em território brasileiro, nas seguintes situações:

- a) na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato;
- b) depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a UNIÃO MÉDICA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou UNIÃO MÉDICA, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o(a) CONTRATANTE;
- c) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, nos casos do consumidor estar cumprindo períodos de carência para internação;
- d) quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de Cobertura Parcial Temporária, caberá à UNIÃO MÉDICA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. Na remoção, a UNIÃO MÉDICA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção

17



União Médica

da vida. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS

Parágrafo Primeiro. A remoção do paciente nas situações acima descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, serão realizadas em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Segundo. Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o usuário em período de Cobertura Parcial Temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a UNIÃO MÉDICA desse ônus.

Parágrafo Terceiro. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a UNIÃO MÉDICA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Quarto. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a UNIÃO MÉDICA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

9.6 – Os beneficiários inscritos pelo(a) CONTRATANTE têm direito ao reembolso (nos limites das obrigações contratuais), dentro da área geográfica de abrangência, das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, quanto à assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela UNIÃO MÉDICA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da UNIÃO MÉDICA, disponível na sede da Operadora.

Parágrafo primeiro. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao cliente, realizado enquanto perdurar o estado de urgência e emergência, cobertos por este contrato, sendo assegurado o reembolso no valor mínimo praticado pela operadora no prazo máximo de 30 dias a contar da data de entrega da documentação.

Parágrafo Segundo. O(A) CONTRATANTE ou beneficiário deve entregar toda a documentação original (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de emergência), relativa às despesas efetuadas. A documentação deve ser entregue a UNIÃO MÉDICA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta, que terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso.

18



9.7 – A operadora não permite o reembolso de despesas relacionadas com prestadores de serviço não participantes da rede assistencial.

CLÁUSULA DÉCIMA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 - Para realização das coberturas assistenciais os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela UNIÃO MÉDICA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

Parágrafo Primeiro: CO-PARTICIPAÇÃO: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à UNIÃO MÉDICA, após a realização dos procedimentos e condições abaixo, observados os limites estabelecidos nos normativos vigentes, quando houver previsão no produto.

Parágrafo Segundo. As consultas médica, em consultório e pronto socorro, deverão ser realizadas no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados da UNIÃO MÉDICA, ou excepcionalmente, em casos de urgência e emergência, dentre os médicos integrantes do corpo clínico das unidades credenciadas, serão realizados mediante co-participação de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), devendo ser paga no momento da prestação do serviço ou através da fatura específica de coparticipação nos meses seguintes à após a realização dos procedimentos.

Parágrafo Terceiro. Os valores de co-participação serão reajustados anualmente.

10.2 - A UNIÃO MÉDICA fornecerá aos beneficiários o **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO** referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de Cobertura Parcial Temporária, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a UNIÃO MÉDICA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.

Parágrafo Primeiro. O beneficiário obriga-se, no caso de internamento, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela UNIÃO MÉDICA, em pleno vigor.

10.3 – É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIÃO MÉDICA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a UNIÃO MÉDICA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.



União Médica

10.4 - A UNIÃO MÉDICA assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares previstos no contrato e no Rol de Procedimentos e Diretrizes de uso da ANS, vigentes, através de médicos integrantes do corpo clínico das unidades credenciadas, conforme guia médico pertencente ao plano adquirido, entregue no ato de sua inscrição. O beneficiário poderá ter acesso as atualizações do guia médico na sede da UNIÃO MÉDICA, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

10.5 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à UNIÃO MÉDICA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização.

a) O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 10,00 (dez reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

10.6 - Os serviços contratados são prestados por médicos integrantes dos serviços credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da UNIÃO MÉDICA.

Parágrafo Primeiro. Os serviços abaixo descritos serão prestados mediante apresentação pelo beneficiário, da solicitação/indicação escrita pelo médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da UNIÃO MÉDICA, respeitado o limite de uso estabelecido, limitados ao ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde.

- a) Sessões de fonoaudiologia, nutricionista e terapia ocupacional;
- b) Sessões de psicoterapia;
- c) Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas;
- d) Os exames complementares e serviços auxiliares;
- e) Cirurgia buco-maxilo-facial (salvo nas hipóteses de urgência e emergência)

Parágrafo Segundo. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da UNIÃO MÉDICA, sob pena de desta não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Terceiro. Para internações eletivas, o beneficiário deverá se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação, quando a UNIÃO MÉDICA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação emitida pelo médico assistente.

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

20



10.7 - A UNIÃO MÉDICA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades UNIÃO MÉDICAS ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde e no contrato.

10.8 - Será disponibilizado ao beneficiário, no site da operadora, o GUIA MÉDICO, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços. A atualização do guia médico também estará disponível ao beneficiário na sede da UNIÃO MÉDICA, através do serviço de teleatendimento e na internet.

10.9 - A UNIÃO MÉDICA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

10.10 - Condições diferenciadas de atendimento:

- a) a UNIÃO MÉDICA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais. As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.
- b) UNIÃO MÉDICA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico perito desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela UNIÃO MÉDICA) conforme prevê o art. 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

10.11 - Fica garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

10.12 - A UNIÃO MÉDICA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que:

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência,

21



ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a UNIÃO MÉDICA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da UNIÃO MÉDICA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a UNIÃO MÉDICA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a UNIÃO MÉDICA solicitará a ANS autorização expressa.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1 - Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas CONTRATADAS.

Parágrafo Primeiro. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por beneficiário inscrito, os valores relacionados na Tabela abaixo:

Faixa Etária	Apartamento
00 a 18 anos	R\$ 161,74
19 a 23 anos	R\$ 265,38
24 a 28 anos	R\$ 265,38
29 a 33 anos	R\$ 265,38
34 a 38 anos	R\$ 265,38
39 a 43 anos	R\$ 265,38
44 a 48 anos	R\$ 265,38
49 a 53 anos	R\$ 265,38
54 a 58 anos	R\$ 310,03
Acima de 59 anos	R\$ 702,46

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

Parágrafo Segundo. Por ser um plano coletivo empresarial o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE, junto à UNIÃO MÉDICA, à exceção dos demitidos e aposentados (Artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98).

Parágrafo Terceiro A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos



valores a que se refere esta cláusula, até o vigésimo dia de cada mês, através de boleto bancário.

Parágrafo Quarto. A UNIÃO MÉDICA não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários, exceto nos casos previstos no art. 30 e 31 da Lei 9656/98 em que os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, ficam responsáveis pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Quinto. O extrato de serviços prestados fornecido pela UNIÃO MÉDICA destina-se a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos beneficiários. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o(a) CONTRATANTE pode solicitar a UNIÃO MÉDICA os esclarecimentos necessários.

Parágrafo Sexta. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e correção monetária de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preço ao Consumidor Amplo), ou outro índice que vier substituí-lo calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, 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.

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

Parágrafo Oitavo. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até dois dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente sede da UNIÃO MÉDICA para que não se sujeite a consequência da mora.

Parágrafo Nono. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

Parágrafo Décimo. A UNIÃO MÉDICA se reserva no direito de incluir o nome da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOS REAJUSTES

12-1 - Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como as verbas a que se refere à Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses, levando-se em

23



União Médica

conta os índices definidos e autorizados pela ANS para os contratos integrantes do agrupamento de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais ou por outro por índice a ser definido pelas partes em conjunto com o Índice de Reajuste por Sinistralidade – IRS%, apurado no período, para os contratos não integrantes do agrupamento.

Parágrafo Primeiro. O Índice de Sinistralidade, proporção entre as Despesas Assistenciais e as Receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, será avaliado comparando-se a sinistralidade real apurada, com a definida como padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Também são consideradas as despesas não assistenciais da Operadora, bem como, uma margem de capitalização para cobrir as garantias financeiras e reservas obrigatórias, atinentes à Operadora.

Parágrafo Segundo. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

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

Parágrafo Quarto. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

12.2 – O reajuste da contraprestação pecuniária para os contratos não integrantes do agrupamento será aplicado, anualmente, com base na sinistralidade ocorrida nos 12 (doze) meses anteriores ao reajuste, com base na seguinte fórmula:

IES + IVC = IRM onde,

IES - Índice de excesso de sinistralidade

IVC - Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares

IRM - Índice de Reajuste da Mensalidade

Fórmula para cálculo do excesso de sinistralidade

$IES = SI / MR - 0,70 \times 100$ onde,

SI - Total de Sinistros incorridos no período

MR - Total de Mensalidade recebida no mesmo período

0,70 - Percentual de sinistro previsto para o plano

Fórmula para cálculo do Índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares



$IVC = (HMC \times 0,15) + (HMO \times 0,28) + (DT \times 0,19) + (MM \times 0,10) + (SAL \times 0,08) + (DGA \times 0,20) + EXT$

Onde,

HMC - Honorários Médicos – Consulta

MO - Honorários Médicos - Outros Procedimentos

DT - Diárias e Taxas Hospitalares

MM - Materiais, Medicamentos e Gases Medicinais

SAL - Salários e encargos

DG - Despesas Gerais e Administrativas

EXT - Custos Extraordinários decorrentes de novos impostos, custo com ações judiciais.

12.3 – O reajuste da contraprestação pecuniária para os contratos coletivos integrantes do agrupamento, que possuírem na data de sua assinatura e, posteriormente, no mês do aniversário, o número igual ou inferior a 30 (trinta) beneficiários, deverão seguir para fins de aplicação de reajustes financeiro e por sinistralidade, as regras definidas para o agrupamento de contrato, conforme determina a Resolução Normativa RN 309/2012, e suas atualizações.

Parágrafo Primeiro. Para fins do disposto na Resolução Normativa RN 309, de 24 de outubro de 2012, ficam estabelecidas as seguintes definições:

- a) **AGRUPAMENTO DE CONTRATOS:** é a medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles;
- b) **CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO:** é o contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data de apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 (trinta) beneficiários;
- c) **PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:** é o período definido pela operadora de planos de saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada no mês do aniversário do contrato;
- d) **PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE:** é o período definido pela operadora de planos de saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data de divulgação do percentual de reajuste;
- e) **PERÍODO DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE:** é o período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.



Parágrafo Segundo. Se anualmente no mês do aniversário do contrato, o número de beneficiários apurados for superior ao número de 30 (trinta), as regras para a aplicação de reajuste financeiro e por sinistralidade deverão observar o disposto no item "12.2" desta Cláusula.

Parágrafo Terceiro. Para identificar a regra de reajuste a ser aplicado num determinado período serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica CONTRATANTE, ainda que vinculados a outros planos contratados.

Parágrafo Quarto. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura ou no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste conforme o agrupamento de contratos no seu aniversário subsequente.

Parágrafo Quinto. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico da UNIÃO MÉDICA, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Parágrafo Sexto. O critério para o reajuste financeiro anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o seguinte:

a) Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões serão reajustados anualmente, de acordo com o índice calculado pela fórmula acima, considerando o excesso de sinistralidade de todos os contratos pertencente ao agrupamento. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de março e fevereiro anterior ao mês de início da aplicação do reajuste que será sempre no mês de maio.

Parágrafo Sétimo. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos da UNIÃO MÉDICA com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir:

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre o mês de janeiro e dezembro subsequente.

b) Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

c) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este deverá ser procedido de forma complementar ao reajuste financeiro e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.



União Médica

12.4 - Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

12.5 - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

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

12.7 - Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA

13.1 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos associados que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

13.2 - Para os contratos em que o valor da mensalidade seja instituído por faixa etária, em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a Taxa Mensal de Manutenção será automaticamente reajustada, no mês subsequente ao de seu aniversário, de acordo com a TABELA DE FAIXA ETÁRIA abaixo indicada:

Faixas etárias	Percentual de reajuste
0 até 18 (dezoito) anos	0,00%
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	64,08%
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	0,00%
29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	0,00%
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	0,00%
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	0,00%
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	0,00%
49 (quarenta e quatro) a 53 (cinquenta e três) anos	0,00%
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	16,83%
59 (cinquenta e nove) anos ou mais	126,58%

Parágrafo Primeiro. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.



União Médica

Parágrafo Segundo. Acordam as partes que a diferença dos valores correspondentes ao reajuste etário nas faixas: 19 a 23, 29 a 33 e 39 a 43, não serão cobrados pela CONTRATADA.

Parágrafo Terceiro. Acordam as partes, ainda, que a diferença dos valores correspondentes ao reajuste etário nas faixas: 49 a 53 e 54 a 58 anos, somente serão cobrados quando o BENEFICIÁRIO atingir a última faixa etária.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E EXCLUSÕES

14.1 - Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes:

- a) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à UNIÃO MÉDICA;
- b) quando perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos Empresariais;
- c) que vier a falecer;
- d) por fraude, esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;
- e) quando não for apresentada documentação requerida pela UNIÃO MÉDICA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- f) quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual
- g) quando se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o usuário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, implicará na suspensão do atendimento do usuário titular e dependentes em atraso ou na sua exclusão, a critério da UNIÃO MÉDICA;

Parágrafo Primeira. A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

14.2 - Haverá ainda a perda da qualidade de beneficiário dependente, nos casos:

- a) O cônjuge, em caso de divórcio ou separação;
- b) Os filhos solteiros, que completem idade superior a 35 anos completos;

28



União Médica

- c) O convivente, que antes tenha a qualidade de beneficiário por haver união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial, que se desvincule do titular;

Parágrafo Primeiro. Os dependes que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda da condição de dependente, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

I - FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS

14.3 - No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a coparticipação como fator de moderação;
- b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à UNIÃO MÉDICA;
- c) assuma o pagamento integral;
- d) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho será de um terço do tempo de permanência neste plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo Segundo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular, desde que atendidas as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão dos Usuários.

Parágrafo Terceiro. Em caso de morte do titular (demitido), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Quarto. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos no plano.

Parágrafo Quinto. O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

29



II - FUNCIONÁRIOS APOSENTADOS

14.4 - Em caso de aposentadoria em decorrência de vínculo empregatício, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a coparticipação como fator de moderação;
- b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à UNIÃO MÉDICA;
- c) assuma o pagamento integral;
- d) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de aposentadoria será de:

- a) se tiver contribuído para este plano por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) se tiver contribuído para este plano por menos de 10 (dez) anos: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo Segundo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da aposentadoria do titular, desde que atendidas as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão dos Usuários.

Parágrafo Terceiro. Em caso de morte do titular (aposentado), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Quarto. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos no plano.

Parágrafo Quinto. Para fins de aplicação desta Cláusula, considera-se como aposentadoria a do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

Parágrafo Sexto. O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

14.5 - Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de Funcionários Demitidos e Funcionários Aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso

30



prévio. Estes poderão assinar um novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Parágrafo Primeiro. A manutenção dos beneficiários na condição de Funcionários Demitidos e Funcionários Aposentados deixará de existir quando da admissão do beneficiário em novo emprego.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTES CONTRATO

15.1 - Em caso de cancelamento deste contrato, a UNIÃO MÉDICA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos usuários no plano cancelado.

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

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos usuários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

16.1 - Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE tenha sido comprovadamente notificado, sem prejuízo do direito da UNIÃO MÉDICA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Parágrafo Primeiro. O atraso no pagamento das mensalidades pela CONTRATANTE por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito e, sem prejuízo do direito da UNIÃO MÉDICA denunciar o contrato.

16.2 - O presente contrato rescindir-se-á, também:

Parágrafo Primeiro. Imotivadamente: somente após a vigência mínima de 24 (vinte e quatro) meses, por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Parágrafo Segundo. Motivadamente - A qualquer tempo, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, nas seguintes hipóteses:



União Médica

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

Parágrafo Terceiro. Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários ou exclusões.

Parágrafo Quarto. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a UNIÃO MÉDICA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

Parágrafo Quinto. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensa, porém a UNIÃO MÉDICA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas a CONTRATANTE.

16.3 - Caso a rescisão do contrato por iniciativa do(a) CONTRATANTE ocorra antes de completados 24 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término deste instrumento, caso solicite ou dê causa a rescisão contratual antes dos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA POLÍTICA DE PRIVACIDADE, TRATAMENTO DE DADOS E CONFIDENCIALIDADE

17.1 - A UNIÃO MÉDICA, por si, seus representantes, prepostos, e empregados, gerentes ou procuradores, obriga-se a manter a privacidade e confidencialidade sobre quaisquer dados pessoais do CLIENTE informados no ato de celebração do presente contrato, e demais informações confidenciais coletadas em decorrência dos serviços objeto do presente instrumento, salvo se a utilização e/ou divulgação dos dados pessoais do CLIENTE e das demais informações confidenciais for expressamente autorizada por Lei e/ou pelo presente instrumento.

Parágrafo Primeiro. Para fins do presente contrato, a expressão "Informações Confidenciais" significa toda e qualquer informação verbal ou escrita, tangíveis ou no formato eletrônico, obtida direta ou indiretamente pela UNIÃO MÉDICA em função do



presente contrato, bem como informações sigilosas relativas ao negócio jurídico pactuado.

Parágrafo Segundo. Para fins do presente contrato, a expressão "Dados Pessoais" significa todos os dados de identificação pessoal informados pelo CLIENTE no ato de celebração do presente contrato, bem como dados coletados em decorrência dos serviços objeto do presente contrato, que tornam possível identificar o CLIENTE, incluindo, mas não se limitando a nome completo, nacionalidade, estado civil, profissão, data de nascimento, e-mail, CPF, endereço, endereço IP, dentre outros, nos termos da Lei nº. 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

17.2 - O CLIENTE reconheça, para todos os fins de direito, que além dos dados pessoais do CLIENTE informados no ato de celebração do presente contrato, a UNIÃO MÉDICA coletará uma série de informações relacionadas aos serviços prestados por força do presente instrumento, incluindo comunicações havidas entre o CLIENTE e a UNIÃO MÉDICA através do Centro de Atendimento ao Cliente.

17.3 - A UNIÃO MÉDICA se compromete a utilizar os dados pessoais do CLIENTE e demais informações coletadas nos termos do item 16.2 acima, para as seguintes finalidades, com as quais o CLIENTE expressamente declara ter pleno conhecimento e concordância ao aderir ao presente contrato: (i) para cumprimento de obrigação legal ou regulatória; (ii) para o tratamento e uso compartilhado de dados necessários à execução de políticas públicas previstas em leis, decretos e regulamentos do Poder Público, ANS, ou qualquer outro órgão público, autarquia ou autoridade Federal, Estadual ou Municipal; (iii) para o fiel cumprimento ou execução de quaisquer direitos ou deveres inerentes ao presente contrato, ou de procedimentos preliminares relacionados ao presente contrato; (iv) para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral; (v) para a proteção do crédito (incluindo medidas de cobrança judiciais ou extrajudiciais); (vi) para garantir o cumprimento do presente contrato, incluindo o combate à fraude ou a prática de quaisquer ilícitos; (vii) para enviar ao CLIENTE qualquer comunicação ou notificação prevista no presente contrato.

17.4 - Ao aderir ao presente contrato, o CLIENTE expressa e livremente consente com a realização pela UNIÃO MÉDICA da coleta de informações relacionadas ao atendimento para finalidades voltadas para levantamento, análise, tratamento e melhoria dos serviços prestados ao CLIENTE.

17.5 - A UNIÃO MÉDICA não compartilhará, nem tampouco fornecerá a terceiros os dados pessoais do CLIENTE e demais informações coletadas pela UNIÃO MÉDICA, salvo nas hipóteses previstas a seguir: (i) para seus representantes, prepostos, empregados, gerentes ou procuradores, bem como para parceiros comerciais e terceiros que prestem serviços ou trabalhem em nome da UNIÃO MÉDICA, incluindo previsão contratual de dever de manutenção da confidencialidade das informações por esses parceiros e terceiros; (ii) para cumprimento de obrigação legal ou regulatória; (iii) para a disponibilização em razão de qualquer ordem, decreto, despacho, decisão ou regra emitida por qualquer órgão judicial, legislativo ou executivo que imponha tal

33



União Médica

disponibilização; (iv) para o exercício e defesa de quaisquer direitos da UNIÃO MÉDICA, a seu exclusivo critério, incluindo no âmbito de processos judiciais, administrativos ou arbitrais; (v) para o compartilhamento de dados necessários à execução de políticas públicas previstas em leis, decretos e regulamentos do Poder Público, ANS, ou qualquer outro órgão público, autarquia ou autoridade Federal, Estadual ou Municipal; (vi) para o fiel cumprimento ou execução de quaisquer direitos ou deveres inerentes ao presente contrato, ou de procedimentos preliminares relacionados ao presente contrato, ou de medidas de cobrança judiciais ou extrajudiciais.

17.6. Ao aderir ao presente contrato o CLIENTE declara ter pleno conhecimento e concordância quanto a coleta, armazenamento, utilização e/ou compartilhamento dos dados pessoais do CLIENTE e demais informações relacionadas aos serviços prestados por força do presente instrumento, para as finalidades previstas nos itens 16.3, 16.4 e 16.5 acima; sendo tal anuência condição indispensável para a prestação dos serviços objeto do presente instrumento, nos termos previstos no Artigo 9º, §3º, da Lei nº. 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

17.7 - Fica assegurado ao CLIENTE, a qualquer momento, solicitar perante a UNIÃO MÉDICA informações sobre seus dados pessoais e demais informações coletadas por força dos serviços objeto do presente instrumento, a alteração e correção de seus dados pessoais e a exclusão dos seus dados pessoais dos servidores da UNIÃO MÉDICA, ressalvado as hipóteses em que a UNIÃO MÉDICA for obrigada a manter os dados do CLIENTE por força de previsão contratual, legal ou regulatória.

17.8 - A UNIÃO MÉDICA manterá os dados pessoais do CLIENTE e demais informações coletadas em servidores de seu data center ou de terceiros contratados, a critério único e exclusivo da UNIÃO MÉDICA, pelo prazo de 05 (cinco) anos, após o término ou extinção do presente contrato, independente do motivo que ensejou a rescisão ou término contratual. Podendo este prazo ser ampliado, em caso de autorização, alteração ou determinação por algum regulamento, decreto ou legislação aplicável.

17.9 - Sem prejuízo do disposto nos itens acima, a privacidade e confidencialidade deixam de ser obrigatórias, se comprovado documentalmente que as informações relacionadas aos dados pessoais do CLIENTE e demais informações coletadas: (I) Estavam no domínio público na data celebração do presente Contrato; (II) Tomaram-se partes do domínio público depois da data de celebração do presente contrato, por razões não atribuíveis à ação ou omissão das partes; (III) Foram reveladas em razão de qualquer ordem, decreto, despacho, decisão ou regra emitida por qualquer órgão judicial, legislativo ou executivo que imponha tal revelação. (IV) foram reveladas em razão de solicitação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou de qualquer outra autoridade investida em poderes para tal.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DISPOSIÇÕES GERAIS

34



18.1 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a

- a) Termo de adesão dos beneficiários;
- b) Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde;
- c) Guia de Leitura Contratual;
- d) Cartas de Orientação ao Beneficiário;
- e) Declarações de Saúde;
- f) Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo.

18.2 - Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da UNIÃO MÉDICA, o CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante neste contrato para a devida apuração.

18.3 - Os clientes com idade igual ou maior que 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5(cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

18.4 - O CONTRATANTE, por si e pelos seus dependentes, autoriza a UNIÃO MÉDICA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

18.5- Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.6 - A UNIÃO MÉDICA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos clientes com médicos, hospitais ou entidades UNIÃO MÉDICAs, ou não, por ela, nem pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado. Tal despesa corre por conta exclusiva do cliente.

18.7 - Para os efeitos deste instrumento são adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde, tendo como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde suplementar no País.

AGRAVO DE CONTRAPRESTAÇÃO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano.

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.

BENEFICIÁRIO TITULAR: é a pessoa física inscrita pela UNIÃO MÉDICA, que usufruirá os serviços de saúde definidos.



CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo baseado em metodologia estatística e atuarial, utilizados para determinação do valor das mensalidades e das provisões e/ou reservas, sempre visando à viabilidade técnico-econômica da operadora de plano ou seguro de saúde.

CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas acordadas, contado a partir do início da vigência do contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do cliente (nome, idade, código de inscrição na operadora, etc.) e é, também, o comprovante de sua ADMISSÃO no plano de saúde.

CID 10: é a classificação estatística INTERNACIONAL de doenças e problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado à suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionadas às doenças e lesões preexistentes.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do cliente.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica que contrata os serviços da OPERADORA para a população delimitada e vinculada a ela, CONTRATANTE, cujo vínculo poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical.

CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: Entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de contratação COLETIVA EMPRESARIAL, aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica (funcionários, associados ou sindicalizados), com opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes, com adesão automática da totalidade ou da maioria da massa populacional vinculada ou que venha vincular-se a pessoa jurídica contratante.

CONVIVENTE: pessoa que vive em comum com outrem de sexo diverso em intimidade, familiaridade, concubinato, mancebia, amasiado, amigo, companheiro.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE: é o documento preenchido pelo cliente ou seu representante legal - de próprio punho - que expressa às condições de saúde do(s) beneficiários.



União Médica

DEPENDENTE: é a pessoa física dependente incluída no mesmo contrato de assistência suplementar à saúde pelo CONTRATANTE. O mesmo que cliente dependente.

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 características graves e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

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

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: são aquelas de que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de planos ou seguros privados de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei nº 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas na Resolução CONSU de nº 2. Estarão excluídos, por até 24 meses, os procedimentos que requeiram cirurgia, internação em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário caracterizado em declaração do médico assistente, conforme Resolução específica do CONSU.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem ou causa, danos à saúde ou à integridade física do cliente, em decorrência de acidente pessoal ou doença, desde que não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do cliente, ou com a sua morte.

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

GUIA DE SERVIÇOS: relação dos médicos cooperados e sua especialidade, serviços credenciados, com respectivos endereços, e que contém, também, explicações gerais sobre os contratos.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o cliente adentra ao hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

37



NOVAÇÃO: modo convencional da extinção da obrigação primitiva, pela sua substituição por outra, distinta e autônoma.

OBESIDADE MÓRBIDA: quando o índice de massa corporal for igual ou maior que 40, sendo que este é definido pela relação entre o peso e a altura do indivíduo.
Assim, $OM = IMC \geq 40$; $IMC = \text{Peso} / (\text{altura})^2$.

OPERADORA: é a pessoa jurídica de direito privado, responsável pela elaboração e comercialização do produto.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANO: é o conjunto de opções de coberturas relacionadas à assistência à saúde adquirida pelo CONTRATANTE, através das segmentações.

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

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE: são os procedimentos relacionados em norma específica da ANS que, quando relacionados à Doença ou Lesão Préexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 2 (dois) anos.

PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela UNIÃO MÉDICA.

PRODUTO LTTP: é o que trata das coberturas referentes às Lesões Traumatológicas de Trabalho e de Percurso dos empregados das empresas, relacionados ao conceito de acidente do trabalho.

PROPONENTE: é a pessoa que propõe sua adesão ao contrato e que passará à condição de cliente somente após sua admissão pela Operadora.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento a ser validado pela UNIÃO MÉDICA, preenchido pelo CONTRATANTE, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou função.

RENÚNCIA: desistência voluntária.

RESCISÃO: ato de considerar terminado o contrato.



RESILIÇÃO: dissolução de um contrato sucessivo por tempo indeterminado pela vontade de um só.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo CONSU, através de norma específica, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados.

SEGMENTAÇÕES: cada um dos tipos de plano; ambulatorial, hospitalar, obstétrico.

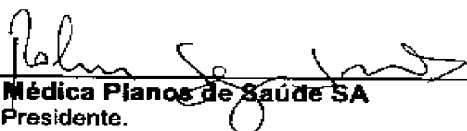
TABELA AMB: tabela da Associação Médica Brasileira.

URGÊNCIA: situação médica em que o paciente necessita de atendimento imediato, não havendo, porém, o caráter de morte ou risco de vida, como nas situações de emergência.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO DE ELEIÇÃO

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

Sapeaçu-Ba, 12 de maio de 2022.


União Médica Planos de Saúde SA
Diretor Presidente.

Município de Sapeaçu

Responsável: George Vieira Góis
CPF: 252.240.265-04


George Vieira Góis
Prefeito Municipal

