

UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO MAIS

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

DA QUALIFICAÇÃO DA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO CONVENIENTE

Razão Social da Entidade, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. XXXXX, com sede e situada à Rua, nº, Bairro..., na cidade de ..., Cep.:, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social e Ata de Eleição da atual Diretoria pelo Diretor Presidente, doravante denominada simplesmente como,

DA QUALIFICAÇÃO DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ESTIPULANTE

AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. 30.902.499/0001-93, com sede à Rua Barão de Melgaço, nº. 2754, Edifício Work Tower, 4º andar, sala 406, Bairro Centro-Sul, Cuiabá-MT, CEP 78020-800, com Autorização de Funcionamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nº. 42169-3, neste ato representada por seus sócios na forma de seu Contrato Social, doravante denominada simplesmente, **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**

DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA ANUENTE

UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO, Cooperativa Médica, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. 02.511.261/0001-00, situada à Rua Barão de Melgaço, nº. 2754 – Edifício Work Tower, 6º Andar, Sala 607, Bairro Centro Sul, Cuiabá – MT, CEP: 78.020-800, com Autorização de Funcionamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nº. 32803-1, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social e Ata de eleição, **ANUENTE DESTE CONVÊNIO**, doravante denominada simplesmente, **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO.**

1 – DADOS DO PRODUTO REGISTRADO NA ANS:

- **Nome Comercial:** UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO MAIS
- **Registro na ANS:** nº. 486.814/20-5
- **Tipo de Contratação:** Coletivo por Adesão
- **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia - AHOb
- **Área Geográfica de Abrangência:** Estadual
- **Área de Atuação:** Todos os municípios do Estado de Mato Grosso
- **Padrão de Acomodação na Internação:** Coletiva (Apartamento)
- **Formação do Preço:** Prestabelecida
- **Serviços e Coberturas Adicionais:** Não há

2 – OBJETO DO CONTRATO – ATRIBUTOS

2.1 – O presente contrato, decorrente da contraprestação de serviços de atendimento à saúde suplementar de acordo com a atividade cooperativada, conforme Lei Federal nº 5.764/71 – Lei das Cooperativas, tem por objeto a prestação continuada de serviços de Plano Privado de Assistência à Saúde, por intermédio de seus médicos cooperados e rede contratada ou credenciada, para assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, na **Segmentação Assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**, de acordo com o artigo 12 e do inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, com cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época da utilização, para o tratamento de todas as doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

2.2 – O presente contrato é revestido de característica bilateral, oneroso e aleatório, gerando direitos e obrigações individuais às partes, na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, de 10 de janeiro de 2002, estando também subordinado às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor – CDC).

3 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 – Poderão aderir a este Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão, com todas as obrigações, responsabilidades e direitos declarados neste contrato, as pessoas naturais vinculadas às **ENTIDADES** anuentes, exclusivamente em caráter profissional, classista ou setorial, que assinarem com a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** o **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**, parte integrante deste Instrumento.

3.2 – DO TITULAR

3.2.1 – Para efeito deste contrato o beneficiário titular é o que mantém o vínculo direto com a **ENTIDADE**.

3.3 – DO DEPENDENTE

3.3.1 – O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário TITULAR neste Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão.

3.3.2 – Para fins de inclusão e permanência neste contrato, poderá ser inscrito como beneficiário dependente, com grau de parentesco em relação ao TITULAR:

- o cônjuge;
- o filho, solteiro até 30 (trinta) anos;
- o enteado, o menor, sob a guarda, definitiva ou provisória por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados a filho;
- o companheiro(a), inclusive do mesmo sexo, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- o filho comprovadamente inválido ou incapaz com qualquer idade.

3.4 – É assegurada a inclusão para fins deste contrato:

3.4.1 – Do filho recém-nascido, natural ou adotivo, como dependente, isento do cumprimento de carência, sendo vedada qualquer alegação de Doença e Lesão Preexistente – DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, e que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido), tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias.

I – Caso o nascimento ocorra enquanto o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido), ainda se encontrar cumprindo a carência de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido aproveitará os prazos de carência já cumpridos.

3.4.2 – Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após adoção.

3.4.3 – Do menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que seja inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário pai.

3.4.4 – A não observação do prazo máximo de 30 (trinta dias) para inscrição do filho ensejará no cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos prazos de carência e na realização da Entrevista Qualificada para o preenchimento da Declaração de Saúde, por seu representante legal, estando o filho sujeito à aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT, se declarada Doença e Lesão Preexistente – DLP.

3.4.5 – A extinção do vínculo do TITULAR com a ENTIDADE, implica, automaticamente, em sua exclusão e na exclusão de todos os seus dependentes.

3.5 – DA INCLUSÃO

3.5.1 – A inclusão de beneficiário será formalizada e processada através do **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**, devidamente preenchido e assinado pelo associado, enviado à **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.** pela **ENTIDADE**, que, atendidas todas as condições de admissão, integrará este contrato para todos os fins de direito.

3.5.2 – A **ENTIDADE** responsabiliza-se pela veracidade das informações, fornecendo cópia simples dos documentos comprobatórios, em especial do vínculo dos beneficiários, a saber:

- Documento de Identidade, válido quando for o caso;
- Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- Comprovante de Residência (máximo 3 meses);
- Certidão de casamento ou declaração de união estável;
- Certidão de nascimento, para os dependentes menores de idade que não possuam documento de identidade;
- Cartão Nacional de Saúde – CNS;

- g) Comprovante do vínculo do beneficiário com a **ENTIDADE**;
- h) **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**; e
- i) Entrevista Qualificada/Declaração de Saúde.

3.5.3 – Não será aceita inscrição de beneficiário sem a cópia de toda a documentação comprobatória e sem o preenchimento de todas as informações exigidas.

3.5.4 – Fica acordado entre as partes que, para fins de comprovação da união estável somente será aceita Declaração Pública Lavrada em Cartório.

3.5.5 – Ocorrendo alterações dos dados cadastrais dos beneficiários inscritos, a **ENTIDADE** deverá, obrigatoriamente, repassar as informações à **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, juntamente com a cópia dos documentos comprobatórios.

3.5.6 – O beneficiário titular deverá, obrigatoriamente, providenciar a cópia do CPF dos menores de idade ao completarem 18 anos.

3.6 – DA MOVIMENTAÇÃO

3.6.1 – Havendo inclusão, exclusão ou alteração de dados cadastrais de beneficiário, a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, deverá ser comunicada, por escrito ou outro meio disponibilizado, até o dia 15 (quinze) do mês corrente.

3.6.2 – A movimentação comunicada após o dia 15 (quinze) do mês corrente somente será realizada para o mês subsequente.

3.6.3 – A movimentação comunicada até o dia 15 (quinze) do mês corrente será efetivada no dia 30 (trinta) do respectivo mês, passando a integrar a competência do mês subsequente (competência de cobertura de 1 a 30), para os efeitos deste contrato, tendo início da vigência para o dia 1º (primeiro).

3.6.4 – O **TITULAR** poderá solicitar diretamente à **ENTIDADE**, à **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** ou à **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** sua exclusão e/ou de seus dependentes, pelas vias de contato relacionadas neste instrumento.

4 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 – Os serviços cobertos por este plano abrangem exclusivamente os procedimentos ambulatorial, de diagnose e terapia, de urgência e emergência, internação hospitalar e atendimento obstétrico constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª revisão - CID-10, da Organização Mundial de Saúde - OMS, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, na segmentação Ambulatorial mais Hospitalar com Obstetrícia, exclusivamente na área de abrangência e atuação do plano contratado.

4.1.1 – A cobertura obedecerá também às **Diretrizes de Utilização (DUT)** e ao **Protocolo de Utilização – PROUT**, de procedimentos na saúde suplementar estabelecidos pela ANS, que podem ser consultados no site www.ans.gov.br.

4.1.1.1 – A limitação para as consultas ou sessões de fonoaudiologia, psicologia, psicoterapia, nutricionismo e terapia ocupacional previstas nas Diretrizes de Utilização – DUT, são baseadas no ano contratual e não no ano civil.

4.1.2 – O atendimento será assegurado independentemente da circunstância e do local de ocorrência, respeitadas a segmentação, a área de atuação e de abrangência geográfica do plano, a rede de prestadores de serviços cooperada, contratada ou credenciada pela UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO e os prazos de carência e de Cobertura Parcial Temporária – CPT, se houver, estabelecidos neste contrato.

4.1.3 – Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época da utilização.

4.1.4 – Os eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

4.2 – OS SERVIÇOS COMPREENDEM:

4.2.1 – Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

4.2.2 – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

4.2.3 – Serviços de apoio diagnóstico solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede **cooperada, contratada ou credenciada pela UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** e dentro da área geográfica de abrangência e atuação deste contrato;

4.2.4 – Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nas condições e no número estabelecidos na Diretriz de Utilização – DUT, desde que solicitadas e devidamente justificadas pelo médico assistente;

4.2.5 – Cobertura de sessões de psicoterapia, nas condições e no número estabelecido na Diretriz de Utilização – DUT, desde que solicitadas e devidamente justificadas pelo médico assistente e que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico desde que devidamente habilitados;

4.2.6 – Cobertura para procedimentos de reeducação e reabilitação física (fisioterapia), em número ilimitado de sessões e executados na rede **cooperada, contratada ou credenciada pela UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, neste caso, desde que solicitados e devidamente justificados pelo médico assistente;

4.2.6.1 – Cobertura obrigatória de duas consultas de fisioterapia, por ano de contrato, para cada novo CID apresentado pelo paciente, e consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico;

4.2.7 – Cobertura para os procedimentos abaixo indicados, considerados especiais:

- a) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes cobertos, exceto medicação de manutenção;
- b) Cirurgias oftalmológicas, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) anexas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;
- c) Embolizações, em ambiente hospitalar;
- d) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- e) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- f) Hemoterapia;
- g) Nutrição parenteral e enteral, em ambiente hospitalar;
- h) Procedimentos de hemodinâmica;
- i) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- j) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- k) Quimioterapia oncológica;
- l) Radiologia intervencionista;
- m) Radioterapia.

4.2.8 – Cobertura para o tratamento da obesidade mórbida em regime ambulatorial, prestado preferencialmente por equipe multiprofissional integrante da rede do plano contratado, respeitadas as Diretrizes de Utilização – DUT.

4.2.9 – Cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

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

4.2.10 – Cobertura de internação hospitalar em todas as modalidades, inclusive em centro de terapia intensiva ou similar e em clínicas básicas e especializadas da rede **cooperada, contratada ou credenciada pelo plano** e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em número ilimitado de dias.

- a) Nas internações psiquiátricas, inclusive para dependência química ou alcoólica, tentativa de suicídio ou autoagressão ou em regime de hospital dia, terá o custeio integral

de 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato – ano contratual;

b) O custeio parcial será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano contratual, em que haverá cobrança de coparticipação do beneficiário de 50% (cinquenta por cento), do valor da conta;

c) A cobertura do tratamento em regime de hospital dia se dará de acordo com as Diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

4.2.11 – Cobertura das despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

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

4.2.13 – Cobertura de toda e qualquer taxa, ligada ao evento, incluindo materiais utilizados durante o período de internação;

4.2.14 – Cobertura para o tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, dentre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária - CPT;

4.2.15 – Quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos, de pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e de portadores de deficiência, conforme indicação do médico assistente, está assegurada a cobertura das despesas de acomodação e alimentação necessárias à permanência de 1 (um) acompanhante durante a internação;

4.2.16 – Cobertura das cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços, incluindo a solicitação de exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizadas durante o período de internação hospitalar;

4.2.17 – Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, realizadas por equipe de saúde necessária à complexidade do caso:

- a) Inclui o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;
- b) A necessidade da internação por imperativo clínico é determinada pelo cirurgião-dentista assistente ou médico assistente, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança

ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

- c) Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais não estão incluídos na cobertura do plano de saúde.

4.2.18 – A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas;

4.2.19 – Cobertura da cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer;

4.2.20 – Cobertura do atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

- a) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente inscrito no plano, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto, desde que o pai ou a mãe do recém-nascido tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT;
- b) Cobertura das despesas de 01 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, incluindo taxas de paramentação, acomodação e alimentação, salvo por contra-indicação do médico assistente.

4.2.21- Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

4.2.22 – Cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, bem como as despesas com procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo.

4.2.22.1 – Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos, do beneficiário receptor;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde);
- e) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção.

4.2.22.2 – Os beneficiários candidatos a transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de

Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção;

4.2.22.3 – É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO's, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizados em que se encontre o receptor.

4.2.23 – Coberturas dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo: consultas de aconselhamento para planejamento familiar, atividade educacional para planejamento familiar, atendimento clínico, o exame sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA) e implante de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ou hormonal, para fins de contracepção e conforme indicação do médico assistente, inclusive com o fornecimento do dispositivo;

4.2.24 – Cobertura de órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, incluindo colocação, inserção e/ou fixação e de sua remoção e/ou retirada.

4.2.25 – Cobertura para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional e acidente de trabalho;

4.2.26 – Fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, em conformidade com o Protocolo de Utilização – PROUT, editado pela ANS;

4.2.27 – Fornecimento de medicamentos antineoplásicos orais para o tratamento de câncer, de uso domiciliar, de acordo com as Diretrizes de Utilização – DUT;

4.2.28 – Fornecimento de medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos de acordo com as Diretrizes de Utilização – DUT.

5 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 – Em conformidade com o que prevê a Lei 9656/98 e respeitando as coberturas obrigatórias, estão excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, fora da segmentação ora contratada e os abaixo relacionados:

5.1.1 – Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

5.1.2 – Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas quando declaradas pela autoridade competente;

5.1.3 – Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

5.1.4 – Consulta, Internação ou qualquer atendimento domiciliar, mesmo que em caráter de emergência ou urgência;

5.1.5 – Consultas, tratamentos médicos hospitalares, internações ou qualquer atendimento prestado antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências previstas ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;

5.1.6 – Despesas com acompanhante, exceto para:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- b) idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade;
- c) portadores de deficiência, conforme indicação do médico assistente;
- d) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

5.1.7 – Despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato;

5.1.8 – Despesas com assistência do segmento odontológico, de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, à exceção dos honorários e materiais utilizados;

5.1.9 – Despesas decorrentes de serviços médicos prestados por médico ou entidade não cooperada, contratada ou credenciada pela UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência, quando não for possível utilizar estes serviços, que serão posteriormente reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

5.1.10 – Embolizações;

5.1.11 – Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

5.1.12 – Escleroterapia de varizes;

5.1.13 – Exames específicos como: admissionais, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho e demissionais;

5.1.14 – Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

5.1.15 – Fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico e as estéticas;

5.1.16 – Fornecimento de medicamentos, equipamentos e materiais (inclusive órteses e próteses), sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

5.1.17 – Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, do Ministério da Saúde – CONITEC, bem como fornecimento de medicamentos off-label;

- 5.1.18 – Fornecimento de medicamento, equipamento e material que não seja utilizado durante procedimento clínico ou cirúrgico ambulatorial, ou ainda, que não necessitem de supervisão médica;
- 5.1.19 – Fornecimento de produtos de toalete, higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada a cobertura deste contrato;
- 5.1.20 – Hospital dia, exceto para o tratamento de transtornos psiquiátricos de acordo com as Diretrizes de Utilização – DUT;
- 5.1.21 – Internação domiciliar de qualquer natureza;
- 5.1.22 – Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- 5.1.23 – Medicamento e material prescritos para uso domiciliar e/ou que podem ser adquiridos em farmácia, mesmo que necessitem de supervisão para a sua aplicação, exceto os medicamentos antineoplásicos orais e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;
- 5.1.24 – Procedimentos clínicos e cirúrgicos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência e atuação contratadas;
- 5.1.25 – Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- 5.1.26 – Procedimentos ou eventos clínicos e cirúrgicos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização e/ou que não atendam as Diretrizes de Utilização e/ou Protocolo de Utilização – PROUT – editados pela ANS, bem como os procedimentos e serviços quando excederem a limitação;
- 5.1.27 – Procedimentos clínicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 5.1.28 – Procedimentos, exames ou tratamentos no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- 5.1.29 – Quaisquer vacinas, salvo as ministradas durante atendimento ambulatorial de urgência ou emergência e durante a internação hospitalar;
- 5.1.30 – Qualquer procedimento realizado por profissionais cuja especialidade não seja reconhecida pelo respectivo Conselho de Classe;
- 5.1.31 – Resgate ou remoção domiciliar de qualquer natureza, bem como remoção aérea;
- 5.1.32 – Remoção de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestador;

5.1.33 – Remoção de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede própria da UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO, vinculado ao plano de saúde, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital não integrante da rede da UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO;

5.1.34 – Transplantes, excetuando-se os constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;

5.1.35 – Tratamento em SPA, clínica de emagrecimento ou rejuvenescimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínica para o acolhimento de idosos, casas sociais e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

5.1.36 – Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para rejuvenescimento, para emagrecimento – exceto o relacionado à obesidade mórbida – ou ganho de peso sem finalidade estética, desde que cumpridas as Diretrizes de Utilização previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, ficando claro que a cirurgia de hipertrofia mamária não está assegurada, mesmo sob a alegação de repercutir sobre a coluna vertebral;

5.1.37 – Tratamentos clínicos ou cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e demais órgão reguladores, cirurgias e tratamentos antiéticos ou ilegais, cirurgias para a mudança de sexo e inseminação artificial;

5.1.38 – Reembolso de despesas com procedimento ou eventos cobertos por este contrato, pagos diretamente pelo beneficiário, por indisponibilidade ou inexistência de prestador na área geográfica de abrangência e atuação do plano, sem o prévio contato com a UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO para obtenção do protocolo do atendimento, à exceção dos atendimentos caracterizados pelo médico assistente como Urgência ou Emergência.

5.1.39 – Todo e qualquer hospital e clínica que embora credenciados por outra Unimed (para atendimento aos seus planos especiais), são considerados de tabela própria, categoria diferenciada e alto custo, integrantes da Rede Especial e Máster definidas no Manual de Intercâmbio do Sistema Unimed, inclusive os dispostos a seguir:

a) BAHIA: Hospital Aliança, Hospital Português, Hospital Espanhol, Hospital Santo Amaro, Hospital São Raphael, Hospital Evangélico da Bahia, Hospital Agenor Paiva, Sermege Serviços Médicos em Geral, Umi Urgência Médica Infantil, Hospital Santa Izabel, Clínica de Urologia Modesto Jacobino, Clima, Hospital Salvador, Insbot, Day Hospital Louis Pasteur, Hba S. A. Assistência Médica e Hospitalar, Hospital Semed, Promater Policlínica e Maternidade, Centro Especializado em Traumatologia, Hca Hospital das Clínicas de Alagoinha, Hospital Jorge Valente, Hospital Jaar Andrade, Hospital Santa Helena Camaçari, Med. Center Clinica, Clínica Metropolitana, Clínica Probaby e Unidade Médica Integrada UMI CMH Centro;

- b) **DISTRITO FEDERAL:** Clínica Dr. Juscelino Kubistchek, Hospital das Clínicas de Brasília, Clínica do Renascer Ltda, Centro Clínico AMMA Ltda, Hospital Santa Marta Ltda, Day Clinic, ISOB, Hospital Daher Lago Sul S/A, INBOL, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, Home Hospital, Hospital São Francisco, CBV Centro Brasileiro da Visão, Clínica Mansão Vida, Hospital Santa Luzia, Hospital do Coração do Brasil e Hospital Brasília;
- c) **PERNAMBUCO:** Real Hospital Português, Santa Joana, Hospital Jayme da Fonte e Hospital Esperança;
- d) **RIO DE JANEIRO:** Casa de Saúde São José, Clínica Bambina Ltda, Clínica Sorocaba, Clínica Pediátrica da Barra, DH – Day Hospital, Hospital Norte D’or, Hospital de Clínicas Rio Mar, Clínica Perinatal Laranjeiras, Clínica da Gávea, Hospital Quinta D’or, Pró-Cardíaco, Hospital Samaritano, Jorge Jaber Clínica de Psicoterapia, Hospital Pasteur, Casa de Saúde Santa Lúcia, Hospital Israelita Albert Sabin, Casa de Saúde Saint Roman, Preslaf – Hospital São Lucas, Ipanema Serv. Med. Inf., Hospital Barra D’or, Copa D’or e Hospitais Integrados da Gávea S/A, Casa de Saúde Laranjeiras – Perinatal Barra, Hospital de Clínicas de Niterói, Hospital Icaraí (Niterói);
- e) **RIO GRANDE DO SUL:** Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinho de Vento e Instituto de Cardiologia;
- f) **SANTA CATARINA:** Hospital e Maternidade Dona Helena – Joinville; **SÃO PAULO:** Hospital e Maternidade São Camilo – Pompéia, Hospital e Maternidade São Camilo – Santana/Mandaqui, Hospital e Maternidade Santa Joana – Paraíso, Hospital Santa Isabel – Santa Casa de São Paulo – Higienópolis, Hospital Santa Isabel – Saúde Mental – Vila Mariana, Hospital Professor Edmundo Vasconcelos – Ibirapuera, Beneficência Portuguesa – Paraíso, Fundação Antônio Prudente Hospital A. C. Camargo – Liberdade, Hospital Nossa Senhora de Lourdes – Jabaquara, Hospital Santa Paula – V. Olímpia, Hospital da Criança – Jabaquara, Hospital Santa Catarina – Bela Vista, Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Anália Franco, Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Morumbi, Maternidade São Luiz – Unidade Itaim, Hospital Samaritano – Santa Cecília, Pronto Socorro Infantil Sabará, Hospital do Coração, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Sírio Libanês, Hospital e Maternidade Assunção S/A (São Bernardo do Campo), Hospital e Maternidade Brasil (Santo André), Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Nove de Julho, Incor e Associação Sanatório Sírio Hospital do Coração.

6 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

6.1 – Para efeitos deste contrato definimos:

- a) **Doença ou Lesão Preexistente (DLP)** - é aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- b) **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** - 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

c) **Agravo** - como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

6.2 – Na constatação da existência de lesão ou doença que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, resultará no cumprimento da **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, pelo prazo máximo de **24 (vinte e quatro) meses**.

6.3 – No caso da **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada.

6.4 – POR LIBERALIDADE DA NORMA, NÃO ADOTAMOS O SISTEMA DE AGRAVO.

6.5 – O beneficiário está obrigado, por ocasião de sua inclusão, a informar ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de Doença ou Lesão Preexistente – DLP, sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança de eventuais prejuízos, nos termos da legislação em vigor.

6.6 – A informação será prestada durante o preenchimento da **Declaração de Saúde**, formulário específico que deve ser preenchido de próprio punho por meio físico ou digital, pelo beneficiário ou seu responsável legal que, acompanhado da **Carta de Orientação ao Beneficiário**, será parte integrante deste contrato e condição prévia para a inclusão.

6.7 – Para o preenchimento da **Declaração de Saúde**, o beneficiário tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pelo plano.

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

6.9 – O beneficiário poderá, a seu critério, dispensar a presença do **Médico Orientador**.

6.10 – O objetivo do **Médico Orientador**, durante a **Entrevista Qualificada**, é o de 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 à medicina, aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

6.11 – 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 Unimed Federação do Estado de Mato Grosso comunicará imediatamente 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 - CPT**.

6.12 – Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO o ônus da prova.

6.13 – Podemos nos utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

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

6.16 – Após julgamento, e acolhida a alegação da UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO, 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 – DLP**, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DPL, bem como será rescindido o seu contrato.

6.17 – Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de **Doença ou Lesão Preexistente - DLP**, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

6.18 – É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, com vistas à sua adesão ao plano privado de assistência à saúde.

6.19 – Caso não seja oferecida a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na **Declaração de Saúde** ou aplicação posterior de **Cobertura Parcial Temporária – CPT**.

6.20 – Na hipótese de **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, somente poderemos 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 – DLP**.

6.21 – 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

6.22 – A constatação da existência de lesão ou doença que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade resultará no cumprimento da **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

- a) A não aceitação da **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, por parte do beneficiário ou seu responsável, acarretará a não aceitação de sua inscrição.

7 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 – Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento de carência.

7.1.1 – A carência explicitada nesta cláusula é individual e contada a partir da data de início de vigência da adesão inicial e a partir da data de inclusão para os inscritos posteriormente.

7.1.2 – Os prazos de carência são:

- a) Urgência e Emergência: 24 (vinte e quatro) horas;
- b) Consulta Médica: 30 (trinta) dias;
- c) Exame Simples: 30 (trinta) dias;
- d) Consulta/sessão de: fisioterapia, nutricionismo, fonoaudiologia, psicologia/psicoterapia, acupuntura e terapia ocupacional: 180 (cento e oitenta) dias;
- e) Internações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e Hospital-Dia: 180 (cento e oitenta) dias;
- f) Procedimentos cirúrgicos realizados em ambiente ambulatorial: 180 (cento e oitenta) dias;
- g) Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS: 180 (cento e oitenta) dias;
- h) Fornecimento de medicamentos e de bolsas – 180 (cento e oitenta) dias;
- i) Parto a termo: 300 (trezentos) dias;
- j) Remoção, exceto para leito SUS após os atendimentos de urgência ou emergência: 180 (cento e oitenta) dias;
- k) Demais procedimentos não enquadrados nos outros itens: 180 (cento e oitenta) dias.

7.1.3 – A Tabela de exame Simples, cuja carência é de 30 (trinta) dias, conforme disposto na alínea “c” do item anterior, se encontra à disposição para consulta no site www.unimedmt.coop.br

8 – DA ISENÇÃO DAS CARÊNCIAS

8.1 – Estão isentas do cumprimento dos prazos de carência estabelecidos neste contrato, exclusivamente, as adesões iniciais e as inclusões posteriores de dependentes formalizadas durante os primeiros 30 (trinta) dias de vigência deste contrato e de cada aniversário, desde que:

- a) o associado/cooperado/sindicalizado tenha se vinculado à entidade anuente após o prazo de 30 (trinta) dias da vigência inicial deste contrato ou de seu aniversário;
- b) o **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano Privado de Assistência à Saúde Suplementar** seja formalizado em até 30 (trinta) dias da data de cada aniversário.

8.1.2 – As adesões formalizadas fora do prazo de 30 (trinta) dias da vigência inicial deste contrato ou de cada aniversário estão sujeitas ao cumprimento dos prazos de carência estabelecidos nesta cláusula.

9 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 – CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

9.1.1 – Será fornecido aos beneficiários o **Cartão Individual de Identificação** referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação dos prazos de **Carência** e da **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido na forma da lei, será obrigatória para assegurar a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, sendo que podemos adotar sempre que necessário novo sistema operacional para melhor atendimento.

10 – AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

10.1.1 – As Consultas Médicas e os Exames Simples serão autorizados via sistema, podendo o beneficiário se dirigir diretamente a um dos prestadores constantes do **Guia Médico**, portando o **Cartão Individual de Identificação** e um documento de identidade.

10.1.2 – Para realização de consultas ou sessões com Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo (inclusive psicoterapia), Fisioterapeuta e com Terapeuta Ocupacional, será necessária autorização prévia do plano, sendo obrigatória a apresentação da Guia (pedido), emitida pelo médico assistente, com a solicitação e justificativa da indicação.

10.1.3 – Os demais exames, os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, as cirurgias ambulatoriais e as internações hospitalares, necessitam de Guia de Solicitação (pedido), emitida pelo médico assistente ou pelo cirurgião-dentista assistente, obrigatoriamente com a justificativa da indicação, devendo ser autorizada previamente pelo plano.

10.1.4 – O beneficiário ou seu representante, no ato da demanda e sempre que solicitado pelo plano, fica obrigado a fornecer laudos, justificativas, exames e demais documentos necessários à análise da solicitação, sob pena de não autorização do procedimento, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis a partir desta demanda.

10.1.5 – O plano prestará ao beneficiário as informações sobre o andamento de sua solicitação, nos prazos abaixo, contados a partir do momento da solicitação:

- 3 (três) dias úteis para os serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial;
- 10 (dez) dias úteis para os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, ou atendimento em regime de internação eletiva; e
- 5 (cinco) dias úteis para os demais procedimentos/eventos.

10.1.6 – Para os atendimentos de urgência ou emergência em prestador integrante da rede **cooperada, contratada ou credenciada** pelo Sistema Unimed:

- a autorização será imediata via sistema com a apresentação do **Cartão Individual de Identificação** e um documento de identidade válido;

- b) caso o sistema esteja indisponível não haverá exigência de autorização prévia, sendo que o beneficiário titular ou seu responsável terá o prazo de 2 (dois) dias úteis para obtenção da autorização e apresentação desta à unidade prestadora do serviço.

10.1.7 – Para autorização do fornecimento de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar, relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, serão observados os seguintes critérios:

- a) **medicamento genérico:** medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) **medicamento fracionado:** medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

10.1.8 – A autorização de procedimento que demandem a utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, obedecerão aos seguintes critérios:

10.1.8.1 – Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos;

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

10.1.8.3 – Em caso de divergência entre o profissional requisitante e o plano, a decisão caberá a uma Junta Médica, nos termos deste contrato.

11 – PERÍCIA

11.1 – É facultado ao plano a exigência e realização de perícia médica no beneficiário, sempre que julgar cabível comprovar a necessidade da realização do procedimento/evento solicitado.

11.2 – O plano garante ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação de autorização ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência/emergência, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação previstas neste instrumento.

12 – JUNTA MÉDICA

12.1 – As divergências de natureza médica relacionadas com os serviços objeto deste contrato serão dirimidas por uma Junta Médica, nos termos da legislação que rege a matéria, composta por 03 (três) profissionais: um nomeado pelo plano; o profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário e um

terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo do plano.

13 – RELAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS – GUIA MÉDICO

13.1 – A relação de prestadores de serviço do plano (Guia Médico), consta no Portal da internet, no endereço www.unimedmt.coop.br, limitada à abrangência geográfica contratada e ao tipo de plano, podendo também ser consultada pelo telefone 0800 940 2291 ou em sua sede administrativa à Rua Barão de Melgaço, nº. 2754, Edifício Work Tower, 6º andar, sala 607, Centro-Sul, Cuiabá-MT.

13.2 - A relação de prestadores de serviço do plano (Guia Médico), consta no Portal da internet, no endereço www.aqquer.com.br, limitada à abrangência geográfica contratada e ao tipo de plano, podendo também ser consultada pelo telefone 0800 887 0867 ou em sua sede administrativa à Rua Barão de Melgaço, nº. 2754, Edifício Work Tower, 4º andar, sala 406, Centro-Sul, Cuiabá-MT.

13.3– A versão impressa somente será fornecida mediante solicitação do beneficiário.

13.4 - A relação de prestadores de serviços não é imutável, podendo sofrer alterações objetivando aprimoramento e aperfeiçoamento dos serviços.

13.5 – Exclusivamente ao plano, fica reservado o direito de realizar e/ou solicitar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar a qualidade dos serviços prestados por seus cooperados e/ou credenciados ou não e apurar eventuais dúvidas ou esclarecimentos.

13.6 – Os médicos, hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios ou entidades correlatas de assistência à saúde Cooperados e/ou Credenciados pelo plano poderão ser substituídos por outro equivalente, durante a vigência do contrato.

13.7 – É facultada a substituição de integrante da rede prestadora do plano contratado, desde que por outro equivalente e mediante comunicação formal ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

13.8 – Na hipótese de substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade do plano, durante período de internação de algum beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a “alta” hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando o plano providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

13.9 – No caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução é necessária autorização prévia da ANS e posterior comunicação aos beneficiários.

13.10 – A relação de prestadores substituídos consta na internet, no endereço www.unimedmt.coop.br

13.11 – A relação de prestadores substituídos consta na internet, no endereço www.aqquer.com.br

14 – COPARTICIPAÇÃO

14.1 – Será cobrado do titular do plano, toda vez que um beneficiário inscrito no plano fizer uso de procedimento / evento coberto, a coparticipação cujo valor está definido de acordo com os critérios abaixo:

Procedimento/Evento	Percentual	Limite
a) Consulta Médica – por consulta	30%	R\$ 150,00
b) Exame – por procedimento	30%	R\$ 150,00
c) Consulta/sessão outros profissionais da saúde - por consulta/sessão	30%	R\$ 150,00
d) Procedimento Ambulatorial - por evento	30%	R\$ 150,00
e) Urgência ou Emergência – por evento	30%	R\$ 150,00
f) Fornecimento de medicamento antineoplásico oral – uso domiciliar (DUT) - por unidade disponibilizada	30%	R\$ 150,00
g) Fornecimento de medicamento adjuvante e para controle de efeitos adversos – uso domiciliar (DUT) - por unidade disponibilizada	30%	R\$ 150,00
h) Fornecimento de equipamento coletor e adjuvante para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina (PROUT) - por unidade disponibilizada	30%	R\$ 150,00
i) Internação Clínica e Cirúrgica - por evento/dia	Isento	Isento
j) Internação Transtornos Psiquiátricos – após o 31º dia - por evento/dia	50%	Sem Limite

14.2 – A limitação ou teto de coparticipação incide sobre cada evento ou procedimento utilizado, **não sendo cumulativa.**

14.3 – As cirurgias oftalmológicas, dermatológicas e demais, se realizadas em ambulatório, clínica ou mesmo em hospital, mas não caracterizadas como “internação hospitalar”; as sessões de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise, realizadas em ambulatório, são consideradas como “PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS”, para efeitos da cobrança da coparticipação.

14.4 – O pagamento da coparticipação será feito diretamente ao titular do plano, após a prestação do serviço, sendo discriminado e cobrado juntamente com a **CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA - mensalidade** e demais valores.

14.5 – A coparticipação deverá ser paga independentemente se sua cobrança for realizada em mês diferente daquele em que ocorreu a utilização.

15 – REAJUSTE DO VALOR DA COPARTICIPAÇÃO

15.1 – A coparticipação cobrada em percentual (%), acompanhará o reajuste do Rol da Unimed do Brasil, independente da data da compra ou adesão ao plano, por se tratar do mesmo valor pago à rede prestadora;

15.2 – O limitador/teto da coparticipação será reajustado no mesmo percentual e data base/aniversário do contrato.

15.3 – A coparticipação cobrada em Real (R\$), com valor fixo, terá seu reajuste anualmente, no mesmo percentual e data base/aniversário do contrato.

16 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1 – Para efeitos deste contrato definimos:

I – EMERGÊNCIA: é o evento que implique em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente;

II – URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

16.2 – Estão cobertos os atendimentos nos casos de urgência e emergência, conforme definidos neste instrumento, desde a admissão até a alta, exclusivamente dentro da área de abrangência e atuação definidas neste contrato.

16.3 – Os atendimentos de urgência e emergência que envolverem eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia e realização de procedimentos de alta complexidade, caracterizados como de urgência ou emergência, relativos às doenças ou lesões identificadas como preexistentes, **durante o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT**, terão cobertura do segmento ambulatorial, limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade da utilização de procedimentos do segmento hospitalar com obstetrícia, mesmo que em período menor que 12 (doze) horas.

16.4 – Os atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência, relativos às **complicações no processo gestacional, durante o cumprimento do prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação**, terão cobertura do segmento ambulatorial, limitados às primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou até que haja necessidade da utilização de procedimentos do segmento hospitalar com obstetrícia, mesmo que em período menor que 12 (doze) horas.

16.5 – Os atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência, **durante o cumprimento dos prazos de carência**, terão cobertura no segmento ambulatorial, limitados às primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou até que haja necessidade da utilização de procedimentos do segmento hospitalar com obstetrícia, mesmo que em período menor que 12 (doze) horas.

a) O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal está coberto, integralmente, desde a admissão até a alta, após cumprida a carência de 24 horas.

16.6 – Decorridas as 12 (doze) horas previstas ou quando necessária para a continuidade do atendimento de urgência e emergência a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar com obstetrícia, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira a partir da

necessidade de internação correrá por conta e ordem do beneficiário ou seu responsável, podendo ser suprida através de:

- a) Transferência do paciente para a conclusão do atendimento e tratamento pelo Sistema Único de Saúde – SUS;
- b) Assunção direta, por parte do beneficiário ou de seu responsável, dos encargos do tratamento, excluindo-se as 12 (doze) horas iniciais, na modalidade particular junto ao estabelecimento hospitalar ou pronto-socorro prestador do atendimento.

17 – DO REEMBOLSO NOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

17.1 – Será garantido o reembolso, exclusivamente nas situações de Urgência e Emergência, para eventos ocorridos dentro da área de abrangência e atuação definidas neste contrato e estando o beneficiário impossibilitado de se dirigir a um prestador constante da rede **cooperada, contratada ou credenciada pelo plano**, ou que a Urgência ou a Emergência seja de tal gravidade que não haja tempo hábil para este deslocamento.

17.2 – O plano se responsabilizará pelo reembolso das despesas pelos atendimentos que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, exclusivamente enquanto este quadro clínico se mantiver e for comprovadamente impossível remover o paciente para um hospital constante de sua rede **cooperada, contratada ou credenciada**.

17.3 – Condições para o reembolso:

- a) Quando no Município da Demanda, constante da área de abrangência e atuação do contrato, existir prestador integrante da rede cooperada, contratada ou credenciada, o reembolso ocorrerá respeitando-se os limites estabelecidos no Rol da Unimed do Brasil, do plano, **deduzida a coparticipação prevista no contrato para cada evento/procedimento**;
- b) Quando no Município da Demanda, constante da área de abrangência e atuação do contrato, não existir prestador integrante da rede cooperada, contratada ou credenciada, o reembolso ocorrerá no valor integral, de acordo com os valores apresentados na documentação exigida neste contrato.

17.4 – A Tabela de Reembolso/Referência contém o valor pago à rede prestadora e está disponível para consulta no endereço www.unimedmt.coop.br.

17.5 – O beneficiário será reembolsado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação original adequada e informações a seguir:

- a) Nota fiscal válida acompanhada do recibo com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, data da realização do evento, contendo o código do CID-10, todos os dados do médico assistente e cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado vinculados ao laudo médico, data da alta, valor cobrado discriminando honorários médicos, exames, diárias e taxas,

materiais e medicamentos, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço.

17.6 – O plano tem o direito de analisar e auditar todo e qualquer documento, procedendo aos acertos cabíveis, para fins de reembolso das despesas vinculadas diretamente ao evento/procedimento que originou o atendimento durante o estado de urgência e emergência.

17.7 – O prazo máximo para a solicitação de reembolso é de 12 (doze) meses, contados a partir da data da alta ou da realização do procedimento.

17.8 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, solicitaremos complementação dos documentos, contando-se novo prazo de 30 (trinta) dias, após a entrega dos mesmos.

17.9 – O valor aprovado para reembolso será pago ao Beneficiário ou seu responsável, sendo indispensável a apresentação dos documentos pessoais, mediante a quitação.

17.10 – **Não serão reembolsados procedimentos realizados de forma programada, denominados eletivos, nos casos em que o beneficiário optar por ser atendido fora da abrangência geográfica e atuação do plano e/ou em prestadores não credenciados ou cooperados da rede do plano contratado.**

18 – REMOÇÃO

18.1 – Será garantida a remoção do beneficiário, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica e atuação do produto, para uma unidade hospitalar do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento, após a realização do atendimento de urgência ou emergência ou quando houver a necessidade da utilização de procedimentos do segmento hospitalar com obstetria, mesmo que em período menor que 12 (doze) horas.

18.2 – Caberá ao plano o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de estrutura, visando a continuidade do atendimento;

18.3 – Para a remoção, será disponibilizada ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

18.4 – Quando o beneficiário ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento do beneficiário em unidade diferente daquela indicada pelo plano, este fica desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

18.5 – Na impossibilidade de remoção, por risco de vida, o beneficiário titular ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando, assim, o plano desse ônus.

18.6 – O plano providenciará a remoção, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica e atuação do contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente.

18.7 – O plano providenciará a remoção, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica e atuação do contrato, a partir de sua ciência, mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável e após a autorização do médico assistente, nas seguintes situações:

- de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, para hospital integrante da rede do plano, vinculado ao plano de saúde;
- de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não integrante da rede do plano para hospital integrante da rede do plano, vinculado ao plano de saúde;
- de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede do plano, vinculado ao plano de saúde, para outro hospital integrante da rede do plano, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de origem;
- de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não integrante da rede do plano e não pertencente à rede própria do plano, localizado fora da área geográfica e atuação do produto contratado, para hospital integrante da rede do plano, vinculado ao plano de saúde, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto e na indisponibilidade ou inexistência de prestador;
- de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede própria do plano, vinculado ao plano de saúde, para outro hospital integrante da rede própria do plano, vinculado ao plano de saúde, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

18.8 – Somente será coberta a remoção que tenha sido comunicada e aprovada pelo plano.

19 – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

19.1 – Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são preestabelecidos.

19.2 – O beneficiário titular obriga-se a pagar à **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, os valores relacionados no **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**, com base no modelo da tabela abaixo, por cada beneficiário, mensalmente, através da emissão de boleto, conforme faixa etária dos inscritos no plano, ficando reservado a ela adotar outra forma de cobrança que melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

ETÁRIA	VALOR
0 a 18 anos	
19 a 23 anos	
24 a 28 anos	
29 a 33 anos	
34 a 38 anos	
39 a 43 anos	
44 a 48 anos	

49 a 53 anos	
54 a 58 anos	
59 anos ou mais	

19.3 – O valor total é composto pelo resultado da soma da **CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA** (mensalidade), da coparticipação e demais valores previstos neste instrumento, de cada beneficiário inscrito, e será processado até o dia 1º (primeiro) de cada mês, compreendendo a competência de 01 a 30 do mês anterior, tendo seu vencimento na data escolhida pelo beneficiário no **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**.

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

19.5 – O pagamento realizado com cheque será considerado quitado somente após a sua compensação.

19.6 – O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato, quando cabível.

19.7 – Se o beneficiário não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 02 (dois) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.** para que não se sujeite as consequências da mora.

19.8 – Ocorrendo **impontualidade no pagamento do boleto ou fatura, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.**

19.9 – À **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, se reserva o direito de incluir o nome do titular nos órgãos de proteção ao crédito, bem como da execução do débito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato, bem como do protesto do débito.

19.10 – Nenhum pagamento será reconhecido como efetivado pela **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, se o titular não possuir comprovante devidamente autenticado por quem de direito.

20 – FAIXAS ETÁRIAS E SUA VARIAÇÃO PERCENTUAL

20.1 – Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário inscrito, que resulte em seu deslocamento para a faixa etária superior, a **CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA – mensalidade**, será reajustada automaticamente, no mês subsequente ao de seu aniversário, no **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar** e, conforme os percentuais definidos na tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAL
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	13,70%
24 a 28 anos	15,22%
29 a 33 anos	27,34%
34 a 38 anos	16,48%
39 a 43 anos	15,99%
44 a 48 anos	13,68%
49 a 53 anos	11,84%
54 a 58 anos	30,13%
59 anos ou mais	49,01%

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

20.3 – A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

20.4 – Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o **REAJUSTE ANUAL**.

21 – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

21.1 – A perda da qualidade de beneficiário ocorrerá nas seguintes situações:

I – Pela perda do vínculo do titular com a entidade conveniente que o representa, indicada no **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**;

II – Pela perda da condição de dependência, por:

- a) **Todos os dependentes:** Morte do Titular
- b) **Cônjuge/companheiro:** Quando do divórcio ou separação judicial;
- c) **Filho:** Ao completar a idade limite (30 anos);
- d) **Filho:** Quando do casamento ou união estável, na forma da lei.

III – Fraude devidamente comprovada.

21.2 – A exclusão do beneficiário titular, independente da causa, implica automaticamente na exclusão de todos os seus dependentes.

21.3 – O beneficiário que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição e permanência, será automaticamente excluído do plano.

21.4 – Os beneficiários titulares que perderem o vínculo com a entidade ou instituição conveniente e os beneficiários que perderem a condição de dependência poderão requerer a Portabilidade de

Carências, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da exclusão, observadas as condições e regras vigentes, sem o cumprimento de novos prazos de carência e CPT, exceto por fraude.

22 - SUSPENSÃO OU RESCISÃO DO CONTRATO

22.1 – RESCISÃO DO CONTRATO

22.2 – Este contrato poderá ser rescindido motivadamente, a qualquer tempo, pela AQQUER ou pela ENTIDADE, no caso de:

- a) ocorrência de qualquer ato fraudulento praticado pelos prepostos da ENTIDADE ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;
- b) omissão ou distorção de informações em prejuízo da AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA. ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- c) identificação de CNPJ baixado junto à Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- d) no caso de falência, concordata, liquidação judicial ou extrajudicial de qualquer uma das partes;
- e) inatividade do contrato, permanecendo o mesmo sem beneficiários ativos por 180 (cento e oitenta) dias ou mais;
- f) inscrição ou manutenção de beneficiários sem vínculo com a ENTIDADE no plano;
- g) não atualização dos dados cadastrais, pela ENTIDADE, quando expressamente solicitado ou ainda em até 30 dias após a ocorrência;
- h) não renovação de documentos com prazo de validade;
- i) não comunicação de alterações no contrato social.

22.3 – A suspensão ou rescisão do contrato produz efeito em relação a todo beneficiário nele inscrito.

23 – DENÚNCIA DO CONTRATO

23.1 – O contrato, poderá ser rescindido, por qualquer das partes AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA. ou ENTIDADE, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, desde que esteja em dia com suas obrigações.

23.2 – A falta de comunicação, nos termos do item anterior, implica na continuidade das obrigações ora pactuadas.

23.3 – Durante o prazo de 60 (sessenta) dias não poderão ser realizadas inclusões ou exclusões de beneficiários neste contrato.

23.4 – É obrigação do BENEFICIÁRIO, em caso de denúncia, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, o pagamento das despesas oriundas da utilização indevida.

23.5 – No caso de denúncia, os beneficiários poderão assinar novo contrato Individual/Familiar, em até 30 dias a contar do cancelamento, observadas as condições e tabelas vigentes, sem o cumprimento de novos prazos de carência.

23.6 – Cabe à ENTIDADE informar os beneficiários inscritos sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil, para o cumprimento do prazo de opção de que trata o item anterior.

24 – VIGÊNCIA DA ADESÃO

24.1 – Para todos os fins de direitos e obrigações, este plano terá o início de vigência no primeiro dia do mês subsequente ao da assinatura do **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar** e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos.

24.2 – Não haverá cobrança de taxa ou qualquer outro valor no ato da renovação deste plano, sendo vedada a recontagem de carências.

25 – CANCELAMENTO DO PLANO E EXCLUSÃO A PEDIDO DO TITULAR

25.1 – O titular poderá solicitar sua exclusão e/ou de seus dependentes, pelas vias de contato relacionadas neste instrumento.

25.2 – A solicitação de exclusão tem *efeito imediato e caráter irrevogável*, a partir da data e hora de seu protocolo, não sendo permitido o arrependimento posterior, gerando ainda as seguintes consequências:

I – Para o ingresso em novo plano:

- a) Exigência do cumprimento de novos Prazos de Carência;
- b) Perda do direito de requerer a Portabilidade de Carências;
- c) Exigência do preenchimento de nova Declaração de Saúde e ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária de até 24 (vinte e quatro) meses, no caso de Doença ou Lesão Preexistente declarada;
- d) Perda imediata do direito a Remissão (PEA), se contratado;
- e) Responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias (mensalidades) vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas antes da solicitação;
- f) Responsabilidade pelo pagamento de despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários, após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência.

25.3 – A partir da data da solicitação de exclusão, todos os procedimentos previamente autorizados, agendados ou não, em favor do beneficiário, serão automaticamente cancelados, ainda que de posse de documento e/ou informação de liberação no prazo de validade.

25.4 – No ato da solicitação, a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, fornecerá protocolo de recebimento e encaminhará, no prazo de 10 (dez) dias, o Comprovante de Efetivo Cancelamento ou Exclusão.

25.5 – A ENTIDADE se obriga a notificar à **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, imediatamente, sobre as solicitações recebidas, enviando a documentação comprobatória.

26 – SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO POR INADIMPLÊNCIA

26.1 – O atraso no pagamento da mensalidade por 10 (dez) dias corridos resultará na imediata suspensão do atendimento assistencial contratado, inclusive nos casos de urgência e emergência, até a liquidação do débito.

26.2 – O beneficiário titular que não realizar o pagamento dos valores devidos na forma e prazo acordados, por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de sua adesão, desde que notificado pela **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, será imediatamente excluído do plano, sem prejuízo da execução dos débitos pendentes e inclusão nos órgãos de proteção ao crédito, bem como do protesto do débito.

26.3 – A exclusão do titular implica na exclusão de todos os seus dependentes.

26.4 – O beneficiário excluído não poderá ser reativado, devendo realizar nova adesão respeitando as condições de carência e preexistência exigidas para tal.

27 – REAJUSTE ANUAL

27.1 – Nos termos da Lei, os valores previstos neste plano (**CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA - mensalidade**, coparticipação, contribuições e demais), serão reajustados **anualmente, na data citada no Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**, independente da data da adesão, levando-se em conta a inflação verificada no período, constante no **Índice da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE Saúde**, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado com 2 (dois) meses de antecedência ao aniversário do contrato.

- a) Caso este índice deixe de ser publicado, será substituído por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, por meio de aditamento contratual;
- b) Fica acordado entre as partes que se este índice for igual ou menor que "0" (zero), não haverá incidência de reajuste pelo índice de inflação.

27.2 – No mesmo período, haverá verificação se o Índice de Despesa Assistencial ultrapassou a meta estabelecida de **75% (setenta e cinco) por cento**, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais líquidas e as receitas diretas do plano.

27.3 – Quando o Índice de Despesa Assistencial do presente contrato for superior à meta estabelecida de **75% (setenta e cinco) por cento**, será calculado percentual complementar, que será aplicado de forma conjunta com o índice de inflação.

27.4 – Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de novos beneficiários, independente da data, terão o primeiro reajuste na data base deste contrato, entendendo-se esta como data base única para este fim.

28 – REAJUSTE TÉCNICO POR ÍNDICE DE DESPESAS ASSISTENCIAIS

28.1 – APURAÇÃO DO ÍNDICE DE DESPESA ASSISTENCIAL

I – Na data de aniversário do contrato haverá verificação se o Índice de Despesa Assistencial ultrapassou a meta de 75% (setenta e cinco) por cento, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais líquidas e as receitas diretas do plano (**CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA**), apurada conforme a seguinte fórmula:

$$IDA = \frac{DA - C}{R}$$

Onde:

IDA = Índice de Despesas Assistenciais (%);

DA = Despesas Assistenciais (R\$);

C = Recuperação de coparticipação (R\$);

R = Receita de Contraprestação Pecuniária (R\$).

II – Tendo em vista a utilização através do SUS e conseqüentemente o custo destes procedimentos a serem ressarcidos, que são eventos assistenciais, as partes ajustam que, quando houver a utilização por parte dos beneficiários vinculados a este contrato na rede pública e a ANS enviar a cobrança para fins de ressarcimento, a **UNIME FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, esgotados todos os recursos administrativos de defesa, computará estes valores ao cálculo das Despesas Assistenciais para fins de reajuste.

28.2 – APURAÇÃO DO ÍNDICE

I – O **REAJUSTE TÉCNICO POR ÍNDICE DE DESPESAS ASSISTENCIAIS** é calculado quando o índice de despesas assistenciais do presente contrato for superior à meta estabelecida de 75% (setenta e cinco) por cento, e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$R_{\text{técnico}} = \frac{IDA}{IDA_m} - 1$$

Onde:

$R_{\text{técnico}}$ = Índice de reajuste técnico por despesa assistencial apurado (%);

IDA = Índice de Despesas Assistenciais apurado no período (%);

IDA_m = Meta do índice de despesas assistenciais, expressa em contrato (%).

II – A aplicação do **ÍNDICE DE REAJUSTE TOTAL – IRT**, será realizada de forma conjunta ao índice de inflação, conforme a seguinte fórmula:

$$IRT = (1 + R_{\text{técnico}}) * (1 + \text{Índice de Inflação}) - 1$$

Onde:

IRT = Índice de Reajuste Total

28.3 – Qualquer reajuste no contrato será comunicado à ANS, nos prazos e condições por ela estabelecidos.

28.4 – Fica ainda estabelecido, em função da publicação da RN 195, pela ANS, que:

- a) O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;
- b) O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a composição do índice conforme estabelecido pelas partes nessa cláusula;
- c) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato, respeitadas a variação por faixa etária e o reajuste anual;
- d) No caso da legislação autorizar reajuste em período inferior a 12 (doze) meses a **UNIMED FEDEAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** adotará este novo período.

29 – DISPOSIÇÕES GERAIS

29.1 – Inexistindo vaga na acomodação contratada, no estabelecimento credenciado pelo plano, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação superior, sem ônus adicional, permanecendo esta situação até a disponibilidade da acomodação do plano contratado.

29.2 – Havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço, integrante da rede prestadora do produto contratado, poderá a operadora remover o beneficiário, arcando com o ônus desta, considerando suas condições clínicas e desde que autorizado pelo médico assistente.

29.3 – As internações em acomodações superiores às contratadas, se disponíveis, por opção do beneficiário, implicam pagamento, pelo mesmo ou por seu responsável, **diretamente ao hospital ou prestador de serviços**, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, as quais devem ser acordadas previamente, por iniciativa do beneficiário ou por seu responsável, sempre em obediência às peculiaridades locais.

29.4 – É obrigação da ENTIDADE, 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 **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, respondendo, sempre sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**

29.5 – Qualquer tolerância, concessão ou liberalidade não implica em perdão, novação, renúncia ou alteração do ora pactuado e não gera o direito adquirido.

29.6 – Os beneficiários, por intermédio da entidade que os representa, autorizam a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.** e a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, a prestar todas as informações assistenciais relativas aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de normatização e fiscalização da assistência à saúde, em especial a colocação do Código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde – CID, 10ª revisão – CID 10, nas guias em papel e nos formulários eletrônicos em conformidade com o Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS.

29.7 – Ocorrendo a perda ou extravio do **Cartão de Identificação Unimed**, o beneficiário titular deverá comunicar, por escrito, o fato à Aqquer, que deverá notificar o plano, para cancelamento e emissão de segunda via.

29.8 – A responsabilidade do plano está restrita exclusivamente as coberturas previstas em lei e aos compromissos explícitos nas diversas cláusulas e condições que regem este Contrato.

29.9 – As despesas assistenciais serão pagas diretamente pelo plano aos seus cooperados, contratados e credenciados.

29.10 – Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

29.11 – Integram este Contrato para todos os fins de direito, valendo este como protocolo de recebimento dos mesmos, desde que devidamente assinados e/ou rubricados, os seguintes documentos:

Anexo I - Planos Ofertados com as tabelas de preço;

Anexo II - Declaração de Conhecimento e Oferecimento do Plano Referência;

Anexo III - Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano Privado de Assistência à Saúde Suplementar;

Anexo IV - Carta de Orientação ao Beneficiário;

Anexo V – Formulário de Declaração de Saúde;

Anexo VI - Declaração de Aceitação da Cobertura Parcial Temporário (CPT);

Anexo VII - Material Explicativo dos Planos;

Anexo VIII - Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde (MPS);

Anexo IX - Guia de Leitura Contratual (GLC);

Anexo X - Termo de Consentimento para o Tratamento de Dados Pessoais de Criança e/ou Adolescente.

30 - CONTATO PARA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS:

Presencial: Aqquer Administradora de Benefícios LTDA.

Rua Barão de Melgaço, nº. 2754, Ed. Work Tower, 4º andar, sala 406, Bairro Centro Sul, Cuiabá- MT, Cep. 78.020-800.

Telefone: (65) 3624-4416 e 0800 887 0867, ligação gratuita;

Portal da Administradora na Internet: www.aqquer.com.br

31 – CONTATO OUVIDORIA

a) **AQQUER- ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA.** Site www.aqquer.com.br

b) **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Site www.unimedmt.coop.br

Telefone: (65) 3612-3504

31.1 – CONTATO COM O PROCON MUNICIPAL DE CUIABÁ: telefone 151.

31.2 – CONTATO COM A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar para informações, esclarecimento de dúvidas ou reclamações:

Av. Augusto Severo, nº. 84 – Glória, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20021-040;
Telefone 0800-7019656;
Site www.ans.gov.br

31.3 – SUBSTITUIÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL

31.3.1 – As substituições na rede assistencial do plano contratado serão disponibilizadas com 30 dias de antecedência na página eletrônica/site da **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, no endereço <http://www.unimedmt.coop.br> ou da **AQQUER- ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, no endereço www.aqquer.com.br e ficarão acessíveis pelo período de 180 (cento e oitenta) dias.

31.3.2 – As substituições na rede assistencial do plano contratado também poderão ser consultadas na sede da **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, no endereço: Rua Barão de Melgaço, nº. 2754, Edifício Work Tower, 6º andar, sala 607, Bairro Centro Sul, Cuiabá-MT, CEP 78020-800.

32 – DO TRATAMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS - LGPD

32.1 - As partes se comprometem a observar todas as disposições da **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709 de 14 de agosto de 2018**, para reiterar que estão em conformidade com legislações e regras aplicáveis de privacidade e proteção de dados pessoais, incluindo, mas não se limitando, às disposições da LGPD, especialmente ao que se refere ao tratamento dos dados pessoais indispensáveis à finalidade da presente relação jurídica.

32.2 – A **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.** e a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** realizarão os tratamentos de coleta, retenção, processamento, compartilhamento e eliminação de dados pessoais, estritamente para o cumprimento de sua finalidade nos termos do presente Contrato e/ou para o cumprimento das suas obrigações legais, conforme permitido pela lei aplicável.

32.3 – A **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.** e a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** expressamente se comprometem a tratar os dados pessoais sensíveis que lhe forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o **TITULAR** em estrita observância das regras específicas previstas na LGPD.

32.4 – A **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.** e a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** se obrigam a monitorar, por meios adequados, sua própria conformidade e a de seus funcionários com as respectivas obrigações de proteção de dados pessoais e se comprometem a tratar como confidencial todos os dados pessoais a que vierem a ter acesso em razão do cumprimento das disposições deste Contrato.

32.5 – A **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** e a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** deverão armazenar os dados pessoais coletados em ambiente seguro e controlado e prestarão os serviços mediante esforço razoável em conformidade com os controles de Segurança da Informação e com a legislação aplicável.

32.6 – Em relação aos dados pessoais tratados em razão do presente contrato, informamos que, independentemente do período de vigência da relação contratual, a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** e a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** asseguram o exercício dos direitos por parte dos TITULARES conforme previsto no Art. 18º e seus incisos, da Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018.

32.7 – A **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** e a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** se comprometem ainda a: i) não reter quaisquer dados pessoais fornecidos por um período superior ao necessário para o cumprimento de sua finalidade nos termos do presente Contrato e/ou para o cumprimento das suas obrigações legais, conforme permitido pela lei aplicável; ii) após finalizado o Contrato por qualquer causa, apagar/destruir com segurança os documentos que contenham dados pessoais, a que a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** e a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, tenha tido acesso durante a celebração e/ou execução do presente Contrato, bem como qualquer cópia destes, seja de forma física ou eletrônica, a menos que a sua manutenção seja exigida ou assegurada pela legislação vigente.

32.8 – As **PARTES DEVERÃO NOTIFICAR** uma à outra, conforme §1º e seus incisos, do Art. 48 da Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018, em até 24 (vinte e quatro) horas, de i) qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de dados pessoais; ii) qualquer descumprimento das obrigações contratuais relativas ao processamento e tratamento dos dados pessoais; iii) qualquer violação de segurança. A **comunicação à UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** deverá ser realizada através do e-mail encarregado@unimedmt.coop.br ou Portal da Privacidade <https://www.unimedmt.coop.br/site/Home/PrivacidadeIntro>; à **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, através do e-mail aqquer@aqquer.com.br e à **ENTIDADE** através do e-mail (endereço do e-mail).

33 – DAS NORMAS ANTICORRUPÇÃO

33.1 – Cada Parte declara e garante que tem conhecimento das Leis de Anticorrupção e que nenhuma Parte praticará, direta ou indiretamente, com relação a este Contrato, qualquer ato que constitua uma violação das mesmas ou de outro modo faça com que a outra Parte ou seus diretores, conselheiros, empregados e/ou afiliadas violem as Leis de Anticorrupção.

33.2 – Mediante determinação judicial, qualquer Parte deverá disponibilizar registros contábeis de pagamentos e respectiva documentação suporte, contratos e documentação comprobatória do cumprimento das obrigações contratuais e legais relacionadas a este Contrato, que sejam

razoavelmente necessários para a verificação do cumprimento das Leis de Anticorrupção aplicáveis a este Contrato.

33.3 – Qualquer falha em cumprir as disposições de Conformidade deste Contrato ou qualquer violação às Leis de Anticorrupção, comprovadamente, respeitado o contraditório e ampla defesa, por qualquer Parte ou seu Pessoal será considerada uma violação a este Contrato.

33.4 – Mediante notificação por escrito à outra sobre essa violação, e após a comprovação e respeitado o contraditório e ampla defesa, a Parte adimplente poderá rescindir este Contrato com efeito imediato. Alternativamente, a Parte adimplente poderá optar por notificar a Parte inadimplente de seu desejo de ter a violação remediada dentro de um prazo razoável (que não deverá exceder 60 dias) fornecendo detalhes da violação e o prazo para remediação na notificação acompanhante.

33.5 – Se a Parte inadimplente não remediar a violação conforme solicitado no prazo previsto na notificação, então a Parte adimplente terá direito de rescindir o Contrato imediatamente e sem notificação adicional.

34 – DAS INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

34.1 – As partes se obrigam a manter sigilo sobre as informações recebidas da outra parte em razão do convênio firmado, tais como especificações, dados técnicos, dados comerciais, serviços, planos, programas, processos, custos, operações, clientes ou quaisquer outros assuntos de interesse da outra parte, não podendo divulgá-las sob qualquer modo ou forma, sob qualquer pretexto, salvo a seus funcionários ou a terceiros envolvidos com o convênio, bem como por determinação judicial, a órgãos ou entidades que necessitem da informação para execução das obrigações ajustadas, sob pena de responder por perdas e danos, sem prejuízo da apuração da responsabilidade penal de seus representantes legais e funcionários.

35 – DOS CASOS OMISSOS

35.1 – Os casos omissos serão solucionados por entendimento entre os partícipes, por meio de suas respectivas áreas competentes, observada a legislação vigente.

36 – DA CESSÃO

36.1 – Os partícipes não poderão ceder, transferir ou sub-rogar os direitos e ações deste instrumento sem prévio e expresso consentimento dos demais.

36.2 - A **Aqquer** deverá comunicar formalmente ao beneficiário titular, e à entidade, o mais breve possível, a ocorrência de incidente de segurança em caso de risco ou dano relevante aos titulares, conforme previsto no Art. 48º da Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018.

37 – DO FORO

37.1 – Fica eleito o Foro da Comarca de Cuiabá-MT, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer questão que seja suscitada na execução ou interpretação deste convênio e que não possa ser resolvida por meios administrativos

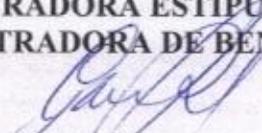
E assim, por estarem justas e acordadas, as partes firmam o presente convênio em 3 (três) vias de igual forma e teor, na presença de 2 (duas) testemunhas, para que dele decorram seus efeitos práticos e legais

Cuiabá-MT, (dia) do (mês) de 2023.

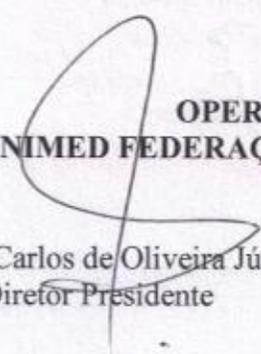
ENTIDADE/INSTITUIÇÃO CONVENENTE
(Razão Social da Entidade)

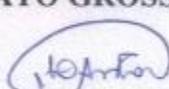
(Nome do representante Legal da Entidade)
(Cargo)

ADMINISTRADORA ESTIPULANTE
AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.

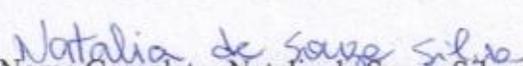

Gabriel Dutra
Diretor Comercial

OPERADORA CONTRATADA
UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO

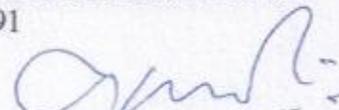

Dr. Rubens Carlos de Oliveira Júnior
Diretor Presidente

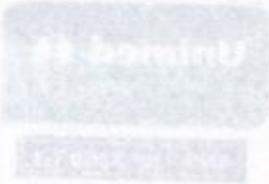

Dra. Darcyane de Assis Cavalcante Faria
Diretora Financeira

TESTEMUNHAS:


Nome Completo: Natalia de Souza Silva
CPF: 057.080.841-38


Nome Completo: Maria de Lurdis da Silva
CPF: 174.888.261-91


Dr. Carlos Alberto de Oliveira Paes
OAB/MT 1887



Leitura por sistema óptico e acústica, as partes firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual forma e teor, na presença de 2 (duas) testemunhas, para que decorram suas cláusulas, condições e obrigações.

Colatina-MT, (dia) do mês) de 2023.

CIDADANIA REGISTRADA CONVÊNIO
(Ressocialização Social da Empresa)

(Nome do representante legal da Empresa)
(Cargo)

ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL

TABELIONATO E REGISTRO DE TÍTULOS DOCUMENTOS E PESSOAS JURÍDICAS
Av. Getúlio Vargas, 141 - Colatina/MT - Fone: (0xx65) 3552-8808 - Fax: (0xx65) 3552-8804
Tabela/Registadora: Glória Alice Ferreira Bertoli
www.primeregistro.com.br - e-mail: registro@primeregistro.com.br

R.T.D. - Livro B 5641 - Fols 88/165 - O.S. 673707

Protocolado em: 28/04/2023 sob nr. 443425

Registrado em: 03/05/2023 sob nr. 415829

Emolumentos: R\$ 616,85 / Selo Digital: B4WJ38155

Em testemunho da verdade
Victor Ferreira Bertoli - Escrevente Autorizado

Dr. Luciano Carlos de Oliveira Junior
Diretor Presidente

Dr. Luciano Carlos de Oliveira Junior
Diretor Presidente

TESTEMUNHAS:

Nome Completo: Maria Helena da Silva
CPF: 174.884.261-91

Nome Completo: Maria Helena da Silva
CPF: 027.080.841-58

Dr. Carlos Alberto de Oliveira Pass
GABINETE