



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

CONTRATANTE: FUND DE APOIO UNIVERSIDADE FEDERAL RGS (FUND DE A U F RGS), inscrita junto ao CNPJ/MF sob o nº. 74.704.008/0001-75, com sede na AV BENTO GONCALVES, 9500, predio 43609, bairro AGRONOMIA em PORTO ALEGRE/RS, telefone 3308 7345, e-mail Ana.facchini@ufrgs.br, neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente **CONTRATANTE**.

II. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

CONTRATADA: UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LTDA., inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o número (nº) 87.096.616/0001-96, inscrita perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o nº 35.250-1 e classificada como cooperativa médica, com endereço na Av. Venâncio Aires, nº 1.040, em Porto Alegre/RS, neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente **CONTRATADA**.

SEÇÃO CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DO PLANO

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO PERANTE A ANS

- a) nome comercial: **ODONTO QUALIMAIIS COLETIVO EMPRESARIAL**
- b) número de registro do plano na ANS: **465.205.113**

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Cláusula 1. Tipo de contratação do plano de saúde: coletivo empresarial.

V. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Cláusula 2. Tipo de segmentação assistencial do plano: odontológico.

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Cláusula 3. Este plano tem abrangência nacional.

VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Cláusula 4. Território brasileiro.

VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Cláusula 5. Este contrato não prevê cobertura para internação hospitalar.

IX. OBJETO



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Cláusula 6. Prestação continuada dos serviços a seguir descritos, na forma de plano privado de assistência à saúde, conforme previsto no inciso I do artigo 1º da Lei n. 9.656/98 - Lei dos Planos de Saúde, visando a prestação de assistência odontológica, com cobertura de todas as doenças relacionadas à saúde bucal listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial da Saúde, e do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, incluindo:

- a) Consultas, solicitadas pelos profissionais indicados pela **CONTRATADA**, nos termos das cláusulas deste contrato;
- b) Exames auxiliares ou complementares, solicitados pelos profissionais indicados pela **CONTRATADA**;
- c) Procedimentos preventivos, periodontia, dentística e endodontia;
- d) Cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;
- e) Procedimentos de prótese de um elemento dentário, conforme cobertura estabelecida pela ANS.

X. VIGÊNCIA E CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Cláusula 7. O presente contrato vigora a partir da data 01/03/2023, pelo prazo determinado de 1 (um) ano.

§ 1º. Uma vez assinado o contrato, se o **CONTRATANTE** quiser arrepender-se, terá 07 (sete) dias para isso, desde que não tenha usufruído dos serviços nele previstos.

§ 2º. Havendo interesse mútuo na continuidade do presente e não havendo manifestação de qualquer das partes, em sentido contrário, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

§ 3º. Não será cobrada qualquer taxa ou outro valor a título de renovação contratual.

XI. FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula 8. A forma de pagamento da contraprestação econômica do presente contrato é preestabelecida, tendo em vista que o **CONTRATANTE** efetua o pagamento das mensalidades à **CONTRATADA** antes e independentemente da utilização das coberturas contratadas, nos termos desta avença.

XII. PAGAMENTO DE MENSALIDADE

Cláusula 9. O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** mensalmente o valor de R\$ 20,00 (vinte reais), calculados por beneficiários inscritos, correspondendo à contribuição do mês subsequente até o 10º (décimo) dia de cada mês.

§ 1º. O **CONTRATANTE** consultará previamente a **CONTRATADA**, antes de efetivar qualquer retenção de valores relativos a eventuais tributações



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

decorrentes deste contrato, nas hipóteses em que a legislação o exija ou venha a exigí-lo, para fins de acordar sua efetiva incidência no caso concreto.

§ 2º . O atraso nos pagamentos implicará o cadastramento da inadimplência junto aos Órgãos de Proteção ao Crédito.

§ 3º. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a ele já vinculados, excetuadas as variações do valor em razão de diferença de faixa etária.

§ 4º. A CONTRATADA cobrará, em caso de mora no pagamento da mensalidade, juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

§ 5º. Exclusivamente para as contratações coletivas empresariais e por adesão, os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários com a pessoa jurídica CONTRATANTE, se houverem, serão ajustados única e exclusivamente entre estes.

XIII. FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 10. Este contrato não prevê valores diferenciados conforme a faixa etária de seus beneficiários.

XIV. REAJUSTE

Cláusula 11. Os valores aqui estipulados serão reajustados anualmente, observando sempre, enquanto piso, a variação do IGPM/FGV no período (ou outro índice que o substitua) e, enquanto teto, a própria sinistralidade, conforme definido na cláusula abaixo.

Cláusula 12. Convencionam as partes que as obrigações da CONTRATADA, em decorrência dos serviços aqui previstos, dão ao presente a natureza de um contrato de prestação de serviços futuros, sendo seus preços passíveis de reajuste, conforme oscilem os custos, a sinistralidade e os encargos tributários necessários à sua execução, tendo-se sempre em conta a sinistralidade inicialmente prevista dentro dos limites do custeio da mensalidade básica.

§ 1º. Do valor pago pelo CONTRATANTE à CONTRATADA enquanto contraprestação econômica mensal, nos termos deste contrato, a sinistralidade, a ser apurada pela área técnica da CONTRATADA, não poderá ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

§ 2º. A cada período de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura deste contrato, as partes verificarão se o valor pago pela CONTRATANTE à CONTRATADA, está atendendo ao percentual fixado no § 1º (parágrafo primeiro) desta cláusula, ocasião em que será apurado o resultado obtido naquele mesmo período.

§ 3º. No caso da sinistralidade apurada no período que trata o § 1º (parágrafo primeiro) desta cláusula, ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento), o valor da contraprestação econômica mensal paga pela CONTRATANTE à



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

CONTRATADA deverá ser atualizada, em índice acordado entre as partes, de forma que recomponha o equilíbrio econômico da avença.

Cláusula 13. Este contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses.

Parágrafo único. Na hipótese de legislação que permita reajustes, em prazos menores que o aqui estipulado, o presente contrato ficará automaticamente adaptado ao prazo mínimo previsto em lei.

Cláusula 14. A **CONTRATADA** comunicará à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o percentual de reajuste efetivamente aplicado.

Cláusula 15. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados e nem distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

Cláusula 16. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações pecuniárias terão reajuste anualmente, a partir da data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data-base única.

XV. DAS REGRAS PARA EMPRESÁRIO INDIVIDUAL

Não se aplica as regras previstas neste capítulo.

SEÇÃO CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO

XVI. NATUREZA DO CONTRATO

Cláusula 17. Contrato de prestação de serviços oneroso, bilateral, futuro e aleatório e de adesão, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula 18. Não há previsão de serviços e coberturas adicionais neste contrato.

XVII. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

Cláusula 19. É facultada a adesão do grupo familiar dependente do beneficiário titular nos termos das cláusulas deste contrato, desde que este último seja igualmente incluído no presente contrato.

Cláusula 20. As condições de admissão dos beneficiários titulares e dependentes neste contrato são as expressamente nele previstas, sendo vedadas quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Cláusula 21. São beneficiários titulares os inscritos pela **CONTRATANTE**, de acordo com a seguinte relação:

- I - os sócios;
- II - os administradores;
- III - os empregados ou estatutários;
- IV - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente, ressalvado os termos deste contrato e o disposto no "caput" dos artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98);
- V - os trabalhadores temporários;
- VI - os estagiários;
- VII - os menores aprendizes.

Cláusula 22. São beneficiários dependentes os inscritos pela **CONTRATANTE** como dependentes econômicos de seus beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, de acordo com a seguinte relação:

- I - o(a) esposo(a), o(a) companheiro(a) desde que declarado(a) em instrumento público ou com reconhecimento judicial da união estável;
- II - os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos(as), equiparando-se o adotado, o enteado, o menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o menor tutelado;
- III - os(as) filhos(as) estudantes, até 24 (vinte e quatro) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.

Parágrafo único. A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.

Cláusula 23. Compete à **CONTRATANTE**, ao entregar à **CONTRATADA**, para cadastro, a lista de beneficiários que integrará o presente contrato, bem como, quando da inclusão de novo beneficiário, justificar os vínculos dos dependentes, comprovando-os quando necessário ou por solicitação da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, por todos os meios de prova judicialmente admissíveis para o caso, não implicando a aceitação inicial concordância com a inclusão fora da lista prevista neste contrato.

§ 1º. As inclusões de beneficiários poderão ser efetuadas até o 20º (vigésimo) dia de cada mês, e as exclusões de beneficiários até o 20º (vigésimo) dia de cada mês, não sendo consideradas, fora deste prazo, para emissão da fatura do mês subsequente.

§ 2º. A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Cláusula 24. O filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade, quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção, aproveitará as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante.

XVIII. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula 25. Todos os procedimentos e serviços previstos neste contrato serão fornecidos no limite do Rol de Procedimentos para o Plano Odontológico, determinado pela ANS, sendo observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) e o Protocolo de Utilização (PROUT) que definem critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos, respeitada a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços da **CONTRATADA** e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

Cláusula 26. A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimento de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia, cirurgia e prótese dentro dos recursos próprios ou contratados pela **CONTRATADA**, abaixo relacionados:

I - Procedimentos de diagnóstico:

- a) Condicionamento em odontologia;
- b) Consulta inicial;
- c) Exame histopatológico;
- d) Teste de fluxo salivar.

II - Procedimentos de urgência/emergência:

- a) Colagem de fragmentos dentários;
- b) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
- c) Imobilização dentária temporária;
- d) Incisão e drenagem (intra ou extra oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- e) Recimentação de peça / trabalho protético;
- f) Redução de luxação de ATM realizado em ambiente ambulatorial;
- g) Reimplante de dente avulsionado com contenção;
- h) Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- i) Tratamento de alveolite;
- j) Tratamento de odontalgia aguda.

III - procedimentos de radiologia:

- a) Radiografia interproximal (bite-wing);
- b) Radiografia oclusal;
- c) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila;
- d) Radiografia periapical.

IV - procedimentos de prevenção em saúde bucal:

- a) Aplicação de selante;
- b) Aplicação tópica de flúor;
- c) Atividade educativa em saúde bucal;
- d) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);

**UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.**

Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407

CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

-
- e) Profilaxia - polimento coronário;
 - f) Remineralização dentária;
 - g) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).
- V - procedimentos de dentística:**
- a) Adequação do meio bucal;
 - b) Ajuste oclusal;
 - c) Aplicação de cariostático;
 - d) Capeamento pulpar direto;
 - e) Faceta direta em resina fotopolimerizável;
 - f) Núcleo de preenchimento;
 - g) Restauração em amálgama;
 - h) Restauração de ionômero de vidro;
 - i) Restauração em resina fotopolimerizável;
 - j) Restauração temporária/tratamento expectante;
 - k) Tratamento restaurador atraumático.
- VI - procedimentos de periodontia:**
- a) Aumento de coroa clínica;
 - b) Cirurgia periodontal a retalho;
 - c) Cunha proximal;
 - d) Dessensibilização dentária;
 - e) Gengivectomia/gengivoplastia;
 - f) Imobilização dentária;
 - g) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
 - h) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
 - i) Tratamento de abscesso periodontal.
- VII - procedimentos de endodontia:**
- a) Capeamento pulpar direto;
 - b) Pulpotomia;
 - c) Remoção de corpo estranho intracanal;
 - d) Remoção de núcleo intra-canal;
 - e) Retratamento endodôntico de dentes permanentes;
 - f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
 - g) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
 - h) Tratamento de perfuração (radicular/câmara pulpar);
 - i) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta.
- VIII - procedimentos de cirurgia:**
- a) Alveoloplastia;
 - b) Amputação radicular com ou sem obturação retrógada;
 - c) Apicectomia com ou sem obturação retrógrada;
 - d) Aprofundamento / aumento do vestíbulo;
 - e) Biópsia de boca;
 - f) Biópsia de glândula salivar;
 - g) Biópsia de lábio;
 - h) Biópsia de língua;
 - i) Biópsia de mandíbula/maxila;
 - j) Bridectomia / bridotomia;
 - k) Cirurgia para tórus / exostose;



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.

Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407

CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

-
- l) Frenotomia / frenectomia lingual;
 - m) Exérese ou excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar;
 - n) Exodontia de raiz residual;
 - o) Exodontia a retalho;
 - p) Exodontia simples de decíduo;
 - q) Exodontia simples;
 - r) Odonto-secção;
 - s) Redução de fratura dentária;
 - t) Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
 - u) Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
 - v) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusiais;
 - w) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na mandíbula /maxila;
 - x) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
 - y) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
 - z) Ulectomia/ulotomia;
 - z¹) Punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo.
- IX - procedimentos de prótese:**
- a) Coroa unitária provisória com ou sem pino/provisório para preparo de restauração metálica fundida (RMF);
 - b) Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
 - c) Reabilitação com coroa total de cerômeto unitária-inclui a peça protética;
 - d) Reabilitação com coroa total metálica unitária-inclui a peça protética;
 - e) Reabilitação com núcleo metálico fundido/núcleo pré-fabricado incluída a peça protética;
 - f) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária, incluída a peça protética;
 - g) Remoção de peça/trabalho protético.

Cláusula 27. O atendimento é assegurado, independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitada a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços da **CONTRATADA** e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

Cláusula 28. A **CONTRATADA** declara que assegura cobertura a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia, bem como a todas as doenças relacionadas à saúde bucal listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, desde que previstas no Rol de Procedimentos Odontológicos, determinado pela ANS, e observadas as limitações e exclusões contratuais.

Cláusula 29. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
 Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
 CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

anexo do Rol de Procedimentos da ANS para segmentação odontológica estarão cobertos.

Parágrafo único. Para fins do disposto no "caput" desta cláusula caracteriza-se imperativo clínico os atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

XIX. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula 30. Estão expressamente excluídos deste contrato, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura, sem prejuízo das limitações previstas nas cláusulas subsequentes, os seguintes procedimentos:

- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental em qualquer hipótese, isto é, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Odontologia;
- II - procedimentos com finalidade exclusivamente estética;
- III - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- IV - fornecimento de próteses odontológicas, que não as incluídas no Rol de Procedimentos para Plano Odontológico publicada pela ANS;
- V - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VI - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- VII - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VIII - consultas domiciliar e todo e qualquer atendimento domiciliares;
- IX - todo e qualquer atendimento fora da rede credenciada ou referenciada, salvo casos de urgência e emergência dentro da área de abrangência, quando não for possível a utilização da rede credenciada;
- X - todo e qualquer procedimento que não esteja expressamente previsto no Rol de Procedimentos para o Plano Odontológico determinado pela ANS;
- XI - procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares;
- XII - despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
- XIII - despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- XIV - serviços realizados por profissionais não indicados como da rede de atendimento, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por estes;
- XV - consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- XVI - despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
- XVII - tratamentos odontológicos cirúrgicos, excetuadas cirurgias orais menores, entendidas assim aquelas que são possíveis de serem realizadas no ambiente credenciado pela CONTRATADA, sem anestesia geral;



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
 Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
 CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

XVIII - procedimentos que exijam qualquer forma de anestesia distinta da anestesia local ou que necessitem, para realizar-se, de internação hospitalar, em qualquer hipótese;

XIX - tratamentos ortodônticos, em qualquer hipótese;

XX - aparelhos e equipamentos de ortodontia, em qualquer hipótese;

XXI - implantes e tratamento estético (branqueamento).

Cláusula 31. As cláusulas referentes a exclusões ou limitações, aqui previstas, aplicam-se cumulativamente, sem que a incidência de uma exclua a de outras.

XX. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula 32. Ficam estabelecidos, para a utilização dos serviços aqui convencionados, em relação a cada beneficiário, a contar da data da assinatura deste ou a contar da inclusão posterior, os seguintes prazos de carência:

I - cobertura de casos de urgência ou emergência: 24h (vinte e quatro horas);

II - consultas odontológicas e demais procedimentos cobertos por este contrato: 30 (trinta) dias;

§ 1º. As mensalidades contratuais são devidas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** desde a assinatura do contrato, sem embargo do período de carência.

§ 2º. Quando o número de inscritos, na data da contratação, for igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

§ 3º. Após o transcurso dos prazos previstos nesta cláusula, a **CONTRATADA** poderá exigir o cumprimento integral dos prazos de carência contratualmente previstos, estabelecendo que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

XXI. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 33. Para o usuário que necessitar de assistência odontológica de urgência ou emergência, a **CONTRATADA** estará obrigada a prestar atendimento respeitando exclusivamente a cobertura a seguir:

a) Tratamento de odontalgia aguda;

b) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;

c) imobilização dentária temporária (causada por trauma);

d) recimentação de trabalho protético;

e) tratamento alveolite;

f) colagem de fragmentos dentários;

g) incisão e drenagem (intra e extra oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;

h) reimplante de dente avulsionado com contenção;

i) redução de luxação de ATM realizada em ambiente ambulatorial;

j) sutura de ferida buco-maxilo-facial.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Cláusula 34. O atendimento de urgência e emergência do usuário será realizado nos serviços de pronto atendimento ou nos serviços de urgência, próprios ou credenciados da **CONTRATADA**, constantes no guia.

Cláusula 35. É garantido o reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.

§ 1º. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos documentos originais da despesa, cópias do relatório odontológico que contenha a descrição do diagnóstico e do procedimento recomendado e, quando for o caso, cópia dos laudos dos procedimentos realizados.

§ 2º. O ressarcimento de que trata esta cláusula e seus parágrafos dependerá de análise e aprovação de auditor odontólogo da **CONTRATADA**.

§ 3º. O valor do reembolso nas urgências e emergências será o praticado pela operadora junto a rede de prestadores do respectivo plano, hoje estabelecido em R\$ 18,48 (dezoito reais e quarenta e oito centavos), reajustável anualmente pelo mesmo percentual aplicado à contraprestação mensal.

§ 4º. O prazo de prescrição para o usuário apresentar os documentos para reembolso é de 1 (um) ano a contar da data do atendimento de urgência e emergência.

XXII. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 36. A rede de prestadores de serviços será divulgada no Guia Odontológico, a ser entregue juntamente com este contrato, pelo endereço eletrônico da **CONTRATADA** (www.unimedpoa.com.br) ou por contato telefônico do beneficiário à Central de Atendimento.

Cláusula 37. O cirurgião-dentista lavrará plano de tratamento dos atos odontológicos que deverá ser aprovado previamente a sua execução, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

Cláusula 38. A **CONTRATADA**, quando da apresentação do orçamento e/ou término do tratamento poderá realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

Cláusula 39. Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.

Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407

CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Cláusula 40. No caso de utilização de consultas e/ou serviços previstos neste contrato na rede credenciada/referenciada ou própria da **CONTRATADA**, será garantido o atendimento integral das coberturas dos serviços e procedimentos deste contrato, em conformidade com a Resolução Normativa nº 259 de 2011 da ANS, nos seguintes prazos:

I - consulta e procedimentos realizados em consultórios/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis; e

II - urgência e emergência: imediato.

§ 1º. Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º. Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos nesta cláusula, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial da **CONTRATADA**, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º. O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º. Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência e a área de atuação previstas nesse contrato, a **CONTRATADA** garante ao beneficiário os atendimentos previstos nessa cláusula, conforme dispõe a Resolução Normativa nº 259 de 2011 da ANS, sendo que essa normativa poderá ser acessada por meio do site: www.ans.gov.br ou poderá ser consultada pela Central de Atendimento Telefônico da **CONTRATADA**.

Cláusula 41. A **CONTRATADA** garante ao beneficiário que a autorização prévia para realização de procedimentos ou o atendimento concedido pelo seu serviço de regulação se dará no prazo máximo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Cláusula 42. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste contrato será dado sem apresentação do cartão de identificação de beneficiário, fornecido e expedido pela **CONTRATADA** para os beneficiários contratuais, acompanhado de cédula de identidade desses ou, em relação aos últimos, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares.

§ 1º. O cartão de identificação é documento pessoal e intransferível do beneficiário, devendo conter, destacadamente, seu período de validade.

§ 2º. A utilização do cartão de identificação por terceiros por imprudência ou negligência do beneficiário tornará o **CONTRATANTE** responsável pelas despesas indevidamente efetuadas, entre elas as despesas administrativas da **CONTRATADA**, salvo se ficar caracterizado que não tenha contribuído de nenhuma forma para a utilização indevida e, no caso de ficar caracterizada a culpa, será responsável pelo pagamento de multa de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor das despesas.

§ 3º. O **CONTRATANTE**, no caso de extravio, furto ou roubo do cartão de identificação, para obtenção de 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas de extração de outra via, já estipuladas no valor vigente à época, no equivalente a 50% (cinquenta por



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

cento) de uma despesa de inscrição, considerando o disposto no parágrafo imediatamente anterior.

§ 4º. A responsabilidade do **CONTRATANTE**, caso não comunique a ocorrência do fato à **CONTRATADA**, somente cessará ao final do prazo de validade do cartão extraviado.

Cláusula 43. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de adotar mecanismos de regulação do uso adequado às evidências odontológicas dos serviços previstos, contanto que não impliquem redução dos direitos conferidos ao **CONTRATANTE** e seus beneficiários, devendo ser previamente informados a esses, caso impliquem a necessidade de sua colaboração.

Cláusula 44. O **CONTRATANTE** autoriza a **CONTRATADA** a utilizar-se das informações decorrentes da execução dos serviços contratuais prestados aos beneficiários da primeira, em formulário eletrônico, para fins exclusivos de estatística e execução de campanhas de prevenção de doenças.

XXIII. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Cláusula 45. Assegura-se ao beneficiário titular, participante do custeio da mensalidade prevista no presente contrato, e nele regularmente inscrito, se dispensado do emprego, por iniciativa do empregador, sem justa causa, desde que assumo o custeio integral da mensalidade, o direito de manter todas as condições previstas neste instrumento, conforme reguladas nos parágrafos desta cláusula:

§ 1º. O prazo de manutenção deste direito será equivalente a 1/3 (um terço) do prazo de inscrição do beneficiário no plano, respeitado o limite mínimo de 6 (seis) e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contado beneficiário por beneficiário observado o previsto no parágrafo subsequente, sendo sempre contado a partir da data comprovada do desligamento do beneficiário, em virtude da demissão.

§ 2º. O direito aqui previsto é extensivo aos beneficiários dependentes do beneficiário titular, regularmente inscritos no contrato, quando da despedida do último, ressalvada a possibilidade de inclusão apenas de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§ 3º. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no custeio da mensalidade do plano de assistência a saúde.

§ 4º. O falecimento do beneficiário titular não prejudicará o direito assegurado aos beneficiários dependentes, regularmente inscritos.

§ 5º. O beneficiário terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da comunicação inequívoca da **CONTRATANTE** ao ex-empregado, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, para manifestar, de forma expressa e escrita, seu interesse no benefício de manutenção.

§ 6º. Sem prejuízo do disposto acima, reserva-se a **CONTRATADA**, ao direito de cobrar as mensalidades que decorrerem da data de comunicação do desligamento do beneficiário, em virtude da demissão, até a data em que o mesmo pleitear, diretamente, junto a ela, o exercício do direito, como condição para sua concessão.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

§ 7º. No caso de contratação sucessiva de mais de uma operadora, os períodos de contribuição do ex-empregado com as várias operadoras serão considerados.

§ 8º. A contribuição do empregado para planos de saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada para o cálculo do tempo de permanência na condição de inativo.

Cláusula 46. Assegura-se ao beneficiário titular participante do custeio da mensalidade prevista no presente contrato e nele regularmente inscrito, quando aposentado e extinto o contrato de trabalho em decorrência da aposentadoria, o direito de manter todas as condições previstas neste instrumento, nos termos regulados nos parágrafos desta cláusula:

§ 1º. O prazo de manutenção deste direito será permanente, caso a inclusão no presente contrato, por parte do beneficiário titular, haja sido por período não inferior a 10 (dez) anos e, em casos de período menor, de 1 (um) ano, por ano de contribuição, na forma prevista no cabeçalho desta cláusula, sendo contado beneficiário por beneficiário, observado o previsto no parágrafo subsequente, sendo sempre computado a partir da data comprovada do desligamento do beneficiário, em virtude da aposentadoria.

§ 2º. Aplicam-se para o benefício de manutenção do aposentado, todas as condições estabelecidas para o benefício do demitido, previstas nas cláusulas acima.

Cláusula 47. A **CONTRATANTE** deverá informar os beneficiários sobre os direitos previstos neste capítulo, no ato da comunicação do aviso prévio ou quando da comunicação da aposentadoria, competindo a esta a comprovação da comunicação da opção de manutenção da condição de beneficiário.

§ 1º. Caberá a **CONTRATANTE** apresentar ao beneficiário ex-empregado ou aposentado a tabela de preços por faixa etária, vigente na época da contratação, a ser adotada quando da manutenção do benefício.

§ 2º. A tabela de preços por faixa etária será disponibilizada pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** no portal corporativo e ficará a disposição para consulta dos beneficiários.

Cláusula 48. Extinguem-se os benefícios, previstos neste capítulo, na ocorrência de quaisquer das hipóteses abaixo:

I - pelo decurso dos prazos previstos neste capítulo;

II - pela comprovação de que o beneficiário titular foi admitido em novo emprego, sendo este entendido como aquele que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, ou estejam inadimplentes com suas mensalidades por período superior a 60 dias, desde que notificados pela **CONTRATADA** até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

III - pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pela **CONTRATANTE**.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Cláusula 49. Conforme dispõe o artigo 11, da RN nº 279/2011 da ANS, a **CONTRATADA** somente analisará a solicitação de exclusão do beneficiário titular do plano de assistência à saúde, quando a **CONTRATANTE** enviar, de forma expressa e escrita as seguintes declarações:

I - o motivo da extinção do contrato de trabalho do beneficiário;

II - se o beneficiário era aposentado e continuou trabalhando na mesma empresa;

III - se o empregado contribuiu para o plano;

IV - por quanto tempo o beneficiário contribuiu, considerando, se houver, os períodos decorrentes da contratação sucessiva pela **CONTRATANTE** de planos com quaisquer operadoras e que tenham sido celebrados após 1º de Janeiro de 1999 ou que tenham sido adaptados à lei 9.656/98;

V - se o beneficiário optou pela manutenção do plano ou se recusou a manter essa condição.

Parágrafo único. Enquanto não forem prestadas as informações formais requeridas nesta cláusula, o beneficiário titular permanecerá na condição de vínculo empregatício ativo.

Cláusula 50. A **CONTRATADA** garantirá a disponibilidade de plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento do plano coletivo, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

Cláusula 51. Nos termos do §4º (parágrafo quarto), do art. 31 da Lei n. 9.656/98, o direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos beneficiários decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Cláusula 52. Nos planos custeados integralmente pela empresa **CONTRATANTE** não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização de serviços de assistência médica.

XXIV. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula 53. Caberá tão somente ao **CONTRATANTE** solicitar a exclusão de beneficiários, sendo possível que a **CONTRATADA** exclua a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do primeiro, nas hipóteses de fraude ou perda dos vínculos do titular com o **CONTRATANTE**, ou de dependência conforme previsto neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/98.

§ 1º. O beneficiário titular poderá solicitar à **CONTRATANTE**, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de seu dependente de contrato de plano de saúde coletivo.

§ 2º. A **CONTRATANTE** deverá cientificar a **CONTRATADA** em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

§ 3º. Expirado o prazo disposto no parágrafo anterior sem que a **CONTRATANTE** tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à **CONTRATADA**, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à **CONTRATADA**.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Cláusula 54. As condições para a perda da qualidade de beneficiário do plano de saúde contratado que continua vigente são as seguintes:

I - exclusão do beneficiário titular;

II - morte do beneficiário titular ou dependente;

III - casamento de filho(a) ou enteado(a) menor de 18 (dezoito) anos;

IV - filho(a) ou enteado(a) que completou 18 (dezoito) anos;

V - filho(a) ou enteado(a) com idade entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) anos, por perda da condição de estudante;

VI - filho(a) ou enteado(a) estudante com idade igual a ou maior que 24 (vinte e quatro) anos;

VII - extinção da relação de união estável ou de sociedade conjugal;

VIII - não comprovação, quando exigida, do vínculo de dependência econômica.

§ 1º. O **CONTRATANTE** obriga-se a recolher os cartões de identificação expedidos pela **CONTRATADA**, na hipótese de exclusão dos beneficiários, ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo, até a entrega desses para a primeira, pelos custos operacionais decorrentes dos atendimentos fornecidos em virtude da sua utilização durante seu prazo de validade (valores desembolsados pela **CONTRATADA**).

§ 2º. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano assistencial, inclusive nos casos de urgência e emergência, correrão exclusivamente por conta do **CONTRATANTE**.

§ 3º. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano assistencial, são de responsabilidade do **CONTRATANTE**.

Cláusula 55. A comprovação de fraude contratual, por parte dos beneficiários, no sentido de tentar obter ou manter prestação de serviços de assistência à saúde, sem que a mesma seja estritamente necessária à reversão da fase aguda da patologia, implicará na rescisão contratual, nos termos determinados pela ANS, sem prejuízo das perdas e danos cabíveis no caso.

XXV. RESCISÃO/SUSPENSÃO

Cláusula 56. Rescinde-se o contrato de pleno direito, por parte do **CONTRATANTE**, no caso de haver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, por parte da **CONTRATADA**, desde que a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los no prazo máximo de 30 (trinta) dias, indenizando eventuais e comprovados prejuízos.

Parágrafo único. Na hipótese prevista nesta cláusula, caberá à **CONTRATADA** indenizar o **CONTRATANTE** das despesas diretamente relacionadas com os prejuízos decorrentes da sonegação dos serviços.

Cláusula 57. Rescinde-se o contrato, de pleno direito, em favor da **CONTRATADA**, no caso de fraude, omissão dolosa de obrigações contratuais e

**UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.**

Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407

CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

inadimplemento de valores contratualmente devidos pelo **CONTRATANTE**, por período de 60 (sessenta) dias, por ano de contrato, consecutivos ou não desde que a última, notificada do fato, não venha a atualizar, completamente, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.

Parágrafo único. Na hipótese de rescisão prevista nesta cláusula, caberá ao **CONTRATANTE** indenizar a **CONTRATADA** dos valores em débito.

Cláusula 58. Caso o **CONTRATANTE** atrase o pagamento de quaisquer das contraprestações pecuniárias por um período superior a 20 (vinte) dias, notificado do fato, não venha a atualizar as mensalidades devidas, a cobertura será suspensa para todos os beneficiários vinculados neste contrato a partir do 21º (vigésimo-primeiro) dia de inadimplência até que sejam quitados os valores devidos, estes acrescidos dos encargos de mora pactuados.

Parágrafo único. Fica estabelecido desde já que a **CONTRATADA** não se responsabilizará por notificações encaminhadas a endereços desatualizados da **CONTRATANTE**, sendo dever e responsabilidade da **CONTRATANTE** informar a **CONTRATADA** sempre que houver mudança de endereço.

Cláusula 59. O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período inicial de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Cláusula 60. Na hipótese de qualquer uma das partes rescindirem o presente contrato antes do prazo mínimo de 1 (um) ano, a parte que motivar a rescisão pagará à outra multa rescisória estabelecida em 50% (cinquenta por cento) do total das mensalidades restantes para se completar os 12 (doze) meses de vigência do presente contrato.

+

Cláusula 61. Os direitos decorrentes deste contrato são exclusivamente aqueles nele previstos, estando fora de cobertura contratual todos aqueles que nele expressamente não se contenham, convencionando as partes contratantes que qualquer reclamação, decorrente do presente instrumento, somente será feita pela parte reclamante à outra, não competindo aos beneficiários qualquer exigência de alteração de cláusula contratual, salvo existindo autorização expressa, após devida concordância da ANS, da parte estipulante ao beneficiário, para que formule, diretamente à outra parte, a reivindicação.

Cláusula 62. A **CONTRATADA** respeita a privacidade do **CONTRATANTE** e de seus beneficiários e declara implementar todos os meios técnicos disponíveis para assegurar a proteção e segurança de seus dados pessoais. A **CONTRATADA** realizará o tratamento de dados do **CONTRATANTE** e de seus beneficiários de acordo com os fundamentos legais previstos em lei e, nas hipóteses em que a obtenção do consentimento for necessária, este será devidamente coletado.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Cláusula 63. Informações sobre o tratamento de dados pessoais realizados pela CONTRATADA e sobre a sua Política Geral de Privacidade podem ser encontradas no site <https://www.unimedpoa.com.br/politica-privacidade> ou através do envio de e-mail para o endereço lgpd@unimedpoa.com.br.

Cláusula 64. As disposições a seguir aplicam-se somente se você está vinculado em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão junto a Unimed Porto Alegre:

Cláusula 65. Considerando a natureza do plano coletivo ora contratado, ambas as partes reconhecem que serão realizadas inúmeras operações de tratamento de dados, inclusive de dados sensíveis, sendo necessário assegurar que o tratamento destes dados esteja alinhado com as exigências legais e com as melhores práticas de proteção de dados.

Cláusula 66. O presente Contrato está inteiramente submetido à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), obrigando-se as partes a observar todos os seus termos e condições, e devendo, em especial:

1. Possuir estrutura operante para recepcionar e atender, de forma adequada, petições e/ou comunicações dos titulares de dados pessoais, nas quais seja exigido o cumprimento a qualquer dos direitos previstos na LGPD;
2. Guardar registro de todas as operações de tratamento de dados efetuadas em razão do cumprimento deste Contrato, e compartilhá-las com a outra parte, de forma estruturada, em 48h após a solicitação, ou sempre que for necessário para cumprir a LGPD;
3. Adotar as medidas técnicas e organizacionais adequadas para garantir a segurança e a confidencialidade dos dados pessoais tratados, de acordo com as melhores práticas de tecnologia e segurança da informação.

Cláusula 67. Caso ocorra um incidente envolvendo dados pessoais, as partes obrigam-se a:

1. Notificar a outra no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após ter ciência do mesmo, descrevendo, pelo menos, (i) a natureza dos dados pessoais afetados; (ii) as informações sobre os titulares envolvidos; (iii) as medidas técnicas e de segurança utilizadas para a proteção dos dados, observados os segredos comercial e industrial; (iv) os riscos relacionados ao incidente; os motivos da demora, no caso de a comunicação não ter sido imediata; e (v) as medidas que foram ou que serão adotadas para reverter ou mitigar os efeitos do prejuízo;
2. Disponibilizar pessoal habilitado a empreender todos os esforços necessários para remediar o incidente, de forma previamente alinhada.

Cláusula 68. A CONTRATANTE declara que:

1. Coletará junto aos beneficiários do plano coletivo seu consentimento expresso, para fins de autorizar a CONTRATADA a fazer o reporte de informações de utilização do plano pelos beneficiários para a CONTRATANTE, devendo observar, obrigatoriamente, as previsões do Termo modelo abaixo detalhado:



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
 Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
 CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

TERMO DE ADESÃO - PLANOS EMPRESARIAIS

Considerando a natureza do benefício do plano de saúde ora aderido, você, colaborador, reconhece que serão realizadas inúmeras operações de tratamento de dados, inclusive de dados sensíveis relacionados a sua saúde como é o caso do histórico de utilização do plano, incluindo descrição do procedimento/insumo usufruído por você e/ou seus(s) dependente(s), bem como nome e especialidade do prestador responsável pelo serviço.

Você AUTORIZA que a (Inserir o nome da empresa contratante do plano empresarial) realize o tratamento dos dados pessoais acima indicados referentes a você e ao(s) beneficiário(a) indicados por você, os quais serão compartilhados pela Unimed Porto Alegre, para fins de:

() gerir o plano de saúde empresarial ao qual você está aderindo, incluindo conferência da fatura para desconto em folha de pagamento, bem como análise de custos;

() gestão da sua saúde, para permitir intervenções imediatas de assistência e acompanhamento social com a sua família e beneficiário em assistência;

() acompanhar sua evolução clínica e tratamento dispendido pela Unimed Porto Alegre na execução do plano de saúde, para que nossa medicina corporativa possa acompanhar a evolução do seu quadro clínico durante seu período de internação.

Você também declara, de forma livre, informada e inequívoca, que:

¿ É representante legal do(s) menor(es) indicados acima:

¿ Possui conhecimento acerca da necessidade do tratamento dos dados pessoais do(s) beneficiário(s) indicados para fins de gestão do plano de saúde, nos termos indicados acima.

A (Inserir o nome da empresa contratante do plano empresarial) manterá os seus dados pessoais enquanto forem necessários para a execução da finalidade acima, de acordo com a legislação aplicável, e/ou até que você revogue este consentimento. Seus dados médicos serão exclusividades tratados por médicos da (Inserir o nome da empresa contratante do plano empresarial), sendo respeitada o sigilo entre médico e paciente

Assinatura do colaborador

Nome do colaborador e dependentes

2. Possui meios de comprovar a obtenção de consentimento junto aos beneficiários sempre que requisitado pela CONTRATADA.

Cláusula 69. Integram o presente contrato:

I - Manual de Orientação (Anexo I);

II - Carta de Orientação ao Beneficiário com Declaração de Saúde;

III - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);

IV - Guia de Leitura Contratual (GLC);

V ¿ Declaração de oferta do Plano Referência.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Parágrafo único. O CONTRATANTE ou qualquer beneficiário poderá obter cópia adicional do presente contrato e de seus elementos integrantes, junto à **CONTRATADA**, contanto que pague as despesas de reprodução.

Cláusula 70. O CONTRATANTE aceita, desde já, a substituição e o recebimento dos documentos previstos neste contrato por via de arquivos especiais (digitalizados), como se originais fossem, para todos os efeitos.

Cláusula 71. A CONTRATADA declara que está comprometida com a ética nas relações mantidas com entidades públicas, fornecedores e demais parceiros de negócios, e que conduz seus negócios sempre em cumprimento de todas as leis, em especial a Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013), para assegurar a integridade de suas relações.

Cláusula 72. O CONTRATANTE declara que se compromete com a utilização dos serviços contratados de forma ética e com integridade.

Cláusula 73. A CONTRATADA declara que orienta suas ações junto ao CONTRATANTE e seus beneficiários pela ética, pela integridade e pela excelência no cuidado, respeitando e fortalecendo as diretrizes e os valores estabelecidos em seu Código de Ética e de Conduta, que pode ser acessado no site <https://www.unimedpoa.com.br/a-unimed/unimed-porto-alegre/codigo-de-conduta>. Qualquer violação ao Código de Ética e de Conduta pode ser reportada ao Canal de Ética e de Conduta, disponível na mesma página.

XXVI. ELEIÇÃO DE FORO

Cláusula 74. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do **CONTRATANTE** para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

XXVII. ENCERRAMENTO

E, por estarem assim acertados, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e conteúdo, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentais, ficando 1 (uma) via para cada parte.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

LEANDRO BATISTA FIRME
SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

CONTRATADA

ROSANGELA SILVEIRA DÁVILA
DIRETORA DE RELAÇÕES COM O MERCADO

CONTRATADA

DocuSigned by:
Ana Rita Facchini

76B872570AEB40F

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

+



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

Manual de Orientação

Previamente à assinatura do contrato, ou mesmo autorização para encaminhamento de qualquer proposta contratual, é importante o conhecimento de alguns conceitos.

A leitura do contrato, por mais cansativa que seja, deve anteceder qualquer ato do **CONTRATANTE** com vista a assiná-lo. Qualquer conselho em sentido contrário é expressamente desautorizado pela **CONTRATADA**.

Todos os serviços de saúde que estão cobertos encontram-se previstos no corpo do contrato e alguns procedimentos que estão fora da cobertura encontram-se destacados. Ler os pontos destacados é de máxima importância.

É fundamental o conhecimento exato da contraprestação (preço) a ser paga pelos serviços contratuais. Neste sentido, as cláusulas referentes a preços devem ser lidas e relidas com todo o cuidado e atenção.

As dúvidas devem ser esclarecidas, junto aos representantes da **CONTRATADA**, antes da contratação.

Uma vez assinado o contrato, se o **CONTRATANTE** quiser arrepender-se, terá 07 (sete) dias para isso, desde que não tenha usufruído dos serviços previstos nele.

O sentido de colaboração, num contrato desta natureza, é recíproco, devendo, pois, servir como princípio para ambas as partes.

Muitos dos termos contratuais são técnicos. Para compreendê-los, a **CONTRATADA** organizou, logo a seguir, um vocabulário básico e sua explicação. Toda vez que uma palavra prevista no vocabulário for utilizada no contrato, o sentido válido é o que consta na explicação daquele.

1. **beneficiário dependente:** os beneficiários inscritos pelo **CONTRATANTE** que não sejam o próprio **CONTRATANTE**, dependentes econômicos do beneficiário titular.
2. **beneficiário titular:** o próprio **CONTRATANTE** quando incluir-se como beneficiário da estipulação contratual.
3. **beneficiário:** todo aquele que, inscrito pelo **CONTRATANTE** e aceito pela **CONTRATADA**, é destinatário dos serviços contratados pela primeira e comprometidos pela última: todo aquele regularmente inscrito pelo **CONTRATANTE** e aceito pela **CONTRATADA**, para fins de usufruir os serviços contratualmente prometidos pela última à primeira.
4. **carência:** período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a obrigatoriedade do pagamento por parte do **CONTRATANTE** e limitação, total ou parcial, nos termos do contrato, de prestações por parte da **CONTRATADA**.
5. **coberturas:** conjunto dos serviços contratualmente previstos.
6. **contratada:** exclusivamente a **UNIMED PORTO ALEGRE**, cujos representantes assinam o presente contrato.
7. **contratante:** a pessoa física ou jurídica que contrata as coberturas e assume a responsabilidade pela contraprestação prevista neste contrato, em seu nome e no dos beneficiários que inscreva.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.

Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407

CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

-
8. **emergência:** situações de saúde que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os beneficiários, conforme declaração inequívoca de médico assistente.
 9. **foro:** sede da repartição judiciária onde pode ser discutido o contrato.
 10. **prazo anual:** período contado desde a data da assinatura do contrato até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após, e assim sucessivamente.
 11. **referenciar:** ação da **CONTRATADA** de indicar, ao beneficiário, conforme previsão contratual, prestadores de serviços contratuais, representando uma limitação, contratualmente prevista, na livre escolha do mesmo beneficiário.
 12. **rescisão:** hipóteses nas quais uma das partes pode terminar a relação contratual, na forma regulada por este instrumento.
 13. **serviço credenciado:** estabelecimento prestador de serviços que, não sendo da propriedade da **CONTRATADA**, é por esta ou por representante dela locado, em nome da(o) **CONTRATANTE**.
 14. **sinistralidade:** previsão teórica ou verificação efetiva do consumo de serviços contratualmente previstos.
 15. **suspensão temporária:** período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a limitação parcial, nos termos do contrato, de serviços que integram a cobertura.
 16. **urgência:** estado físico ou psíquico decorrente de evento súbito, imprevisto e inesperado, apto a causar danos físicos ou psíquicos inescusáveis ao beneficiário.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
 Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
 CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96



Operadora: Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica Ltda.

CNPJ: 87.096.616/0001-96

Nº de registro na ANS: 352501

Nº de registro do produto: 465.205.113

Site: unimedpoa.com.br

Telefone: 0800 510 4646

Guia de leitura contratual

		Páginas do Contrato
Contratação	Determina se o plano destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
Segmentação Assistencial	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
Área Geográfica de Abrangência e Atuação	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	1
Padrão de Acomodação	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares: pode ser coletivo ou individual.	1
Vigência	Define o período em que vigorará o contrato.	2
Reajuste	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	3
Coberturas e Procedimentos Garantidos	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado pela operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	6
Exclusões de Cobertura	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	9
Carências	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir	10

**UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.**

Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
 CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

	cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seus contratos e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	
Doenças e Lesões Preexistentes (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	Não Aplicável
Mecanismos de Regulação	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação) assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	11
Continuidade no plano Coletivo Empresarial (Art. 30 e 31 da Lei N°9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	13
Rescisão/Suspensão	A rescisão põem fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	16

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA COMPLETA DO CONTRATO.

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



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

Ministério
 da Saúde



Disque-ANS: 0800 701 9556
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Certificate Of Completion

Envelope Id: E1A7DA7709C14672B4D10D67538AC40E

Status: Completed

Subject: Solicitação nº: 283299.

Source Envelope:

Document Pages: 25

Signatures: 1

Envelope Originator:

Certificate Pages: 1

Initials: 0

Unimed Porto Alegre

AutoNav: Enabled

Av. Venâncio Aires, 1040 - Cidade Baixa

Envelopeld Stamping: Enabled

RS, RS 90040-191

Time Zone: (UTC-08:00) Pacific Time (US & Canada)

assinaturaadistancia@unimedpoa.com.br

IP Address: 168.138.137.14

Record Tracking

Status: Original

Holder: Unimed Porto Alegre

Location: DocuSign

2/27/2023 10:51:15 AM

assinaturaadistancia@unimedpoa.com.br

Signer Events

Ana Rita Facchini

Ana.facchini@ufrgs.br

Security Level: Email, Account Authentication (None), Access Code

Signature

DocuSigned by:

 76B872570AEB4BE...

Signature Adoption: Pre-selected Style
 Using IP Address: 143.54.179.250

Timestamp

Sent: 2/27/2023 10:51:17 AM

Resent: 2/28/2023 10:24:17 AM

Viewed: 2/28/2023 10:42:03 AM

Signed: 2/28/2023 10:44:16 AM

Freeform Signing

Electronic Record and Signature Disclosure:

Not Offered via DocuSign

In Person Signer Events**Signature****Timestamp****Editor Delivery Events****Status****Timestamp****Agent Delivery Events****Status****Timestamp****Intermediary Delivery Events****Status****Timestamp****Certified Delivery Events****Status****Timestamp****Carbon Copy Events****Status****Timestamp****Witness Events****Signature****Timestamp****Notary Events****Signature****Timestamp****Envelope Summary Events****Status****Timestamps**

Envelope Sent

Hashed/Encrypted

2/27/2023 10:51:17 AM

Certified Delivered

Security Checked

2/28/2023 10:42:03 AM

Signing Complete

Security Checked

2/28/2023 10:44:16 AM

Completed

Security Checked

2/28/2023 10:44:16 AM

Payment Events**Status****Timestamps**

Identificação interna do documento ZIFO8DZ9R0-WIMZYLE2



Nome do arquivo:

DocCombined-e1a7da77-09c1-4672-b4d1-0d67538ac40e_105373820
23228.pdf

Data de vinculação ao processo: 28/02/2023 15:44

Autor: Integração CRM (integracao.crm)

Processo: 283299



A autenticidade desse documento pode ser conferida no endereço
<https://orquestra.unimedpoa.com.br/check>, informando o número do
processo 283299 e verificador WIMZYLE2