# INSTRUMENTO PARTICULAR DE CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIO
# Nº 0042

## 1 – DA QUALIFICAÇÃO DA ENTIDADE CONVENENTE

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no **CNPJ sob nº 23.411.944/0001-57,** situada à Rua da Mangueira nº 253, Bairro: Jardim Shangri-lá – Cuiabá -MT, CEP: 78.070-140, neste ato representada na forma de seu Regimento Interno, Ata de Eleição e Termo de Posse da atual Diretoria, doravante denominado simplesmente como **CREF 17/ MT.**

## 2 – 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, 2754 – sala 406, Edifício Work Tower, 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**.

## 2.1 – 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, 2754 - Ed. Work Tower, 6º Andar Sala 607 - 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, **FEDERAÇÃO MT**.

## 3 – DAS PREMISSAS

3.1 – Considerando que, o **CREF 17/ MT** é pessoa jurídica elegível para a contratação de planos de assistência à saúde coletivos, nos termos da Resolução Normativa – RN 557, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de 14/12/2022 e suas alterações;

3.2 – Considerando que, a **AQQUER** se enquadra nos preceitos da Resolução Normativa - RN 515, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de 29/04/2022, qualificando-se como Administradora de Benefícios, uma vez que propõe à contratação de planos coletivos na condição de ***estipulante*** ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos;

3.3 – Considerando que, a participação da **AQQUER** na oferta do plano de saúde às pessoas naturais vinculadas ao **CREF 17/ MT,** respeitará as disposições da Resolução Normativa – RN 515, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de 29/04/2022;

3.4 – Considerando que, para fazer *jus* à estipulação prevista neste convênio, o **CREF 17/ MT** autoriza a **AQQUER** a desenvolver, implantar e contratar plano de saúde coletivo registrado na ANS, representando seus interesses e o das pessoas naturais que serão beneficiários do referido plano;



ANS - nº 42169

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

3.5 – Considerando que, as *partes* reconhecem e tem ciência de que a **AQQUER** não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviços da Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, nem a executar quaisquer atividades inerentes à operação de Planos Privados de Assistência à Saúde.

3.6 – Por este Instrumento, as *partes* nele devidamente qualificadas, resolvem celebrar o presente convênio para administração de plano privado de assistência à saúde para adesão dos associados vinculados ao **CREF 17/ MT** e seus dependentes, de acordo com a cláusulas e condições adiante pactuadas, para autorizar a **AQQUER** a figurar como estipulante.

**4 – DO OBJETO DO CONVÊNIO**

4.1 – O objeto deste convênio é a permissão para que a **AQQUER** atue como estipulante na contratação de Planos Privados de Assistência à Saúde Coletivos da **FEDERAÇÃO MT** para o universo de beneficiários vinculados ao **CREF 17/ MT**, que possuam elegibilidade para adesão.
4.2 – Em virtude da celebração deste convênio, a **AQQUER** disponibilizará aos possíveis beneficiários (pessoas naturais vinculadas ao **CREF 17/MT**), os planos de saúde por ela estipulados, cujas condições e regras constantes do contrato com a operadora de planos de saúde, serão apresentadas aos beneficiários no momento da adesão.

**5 – DOS BENEFICIÁRIOS**

5.1 – A adesão de beneficiários obedecerá às qualificações exigidas pelo contrato celebrado com a operadora de planos de saúde, sendo aceitas as seguintes pessoas:

a) O beneficiário titular, que é o que mantém o vínculo direto com o **CREF 17/ MT;**
b) O cônjuge;
c) O filho, solteiro **até 35 (trinta e cinco) anos incompleto**;
d) O enteado, o menor, sob a guarda, definitiva ou provisória por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados a filho;
e) O companheiro (a), inclusive do mesmo sexo, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
f) O filho comprovadamente inválido ou incapaz com qualquer idade.

5.2 – A adesão ao plano de saúde estipulado pela **AQQUER** dependerá de manifestação da vontade voluntária e espontânea do beneficiário titular, mediante preenchimento do Termo de Adesão e Responsabilidade ao plano escolhido, parte integrante deste Instrumento, impressa ou por meio eletrônico, a ser disponibilizado pela **AQQUER**.

5.3 – As solicitações de adesão serão enviadas para a operadora de planos de saúde, que as efetivará dentro do prazo estabelecido contratualmente.

5.3.1 – A efetivação da adesão do beneficiário somente se dará após a comprovação do pagamento da primeira mensalidade definida no Termo de Adesão e Responsabilidade.

**5.4 – A exclusão do titular implica automaticamente na exclusão de todos os seus dependentes.**



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

5.5 – Os beneficiários reconhecem que, durante toda a vigência do vínculo com o plano contratado, são responsáveis pelo adimplemento contratual, inclusive da coparticipação e demais valores previstos no Termo de Adesão e Responsabilidade, parte integrante deste Instrumento, que vierem a ser cobrados após sua exclusão, referentes à utilização ocorrida.

5.6 – Quando da exclusão do beneficiário é obrigatória a devolução do Cartão de Identificação à **AQQUER** para que não se sujeite às penalidades por sua utilização indevida.

5.6.1 – A utilização indevida do Cartão de Identificação de qualquer beneficiário, a critério da **AQQUER,** acarretará a cobrança do beneficiário titular dos prejuízos resultantes, ensejando pedido de indenização por perda e danos, bem como o cancelamento do plano, constituindo dívida líquida e certa em favor da **AQQUER**.

## 6 – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA AQQUER

6.1 – Para o pleno cumprimento desta celebração, caberá à **AQQUER**:

a) Contratar o plano de saúde coletivo na condição de estipulante para a celebração de convênio com o **CREF 17/ MT,** visando a assistência a ser prestada às pessoas naturais vinculadas ao **CREF 17/ MT;**
b) Informar ao **CREF 17/ MT** a respeito de todas as avenças celebradas com a operadora de planos de saúde para a oferta da assistência objeto deste convênio;
c) Responsabilizar-se pela inadimplência perante a operadora, cabendo-lhe constituir as garantias financeiras e ativos garantidores exigidos pela ANS;
d) Disponibilizar aos beneficiários, sempre que requisitadas, as informações relativas ao plano de saúde;
e) Proceder à movimentação cadastral dos beneficiários perante a operadora de planos de saúde;
f) Promover, divulgar e implementar quaisquer outras ações, em condições e custos acertados com o **CREF 17/ MT**, destinados a incentivar a adesão das pessoas naturais vinculadas ao **CREF 17/ MT,** ao plano de saúde objeto deste convênio;
g) Respeitar a integridade deste convênio.

## 7 – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DAS ENTIDADES

7.1 – Para o pleno cumprimento desta celebração, caberá ao **CREF 17/ MT**:

a) Informar à **AQQUER** toda e qualquer modificação do vínculo de seus beneficiários, para que a **AQQUER** possa promover a movimentação cadastral perante a operadora de planos de saúde, em até 30 (trinta) dias da ocorrência;
b) Responder aos questionamentos e consultas formuladas pela **AQQUER** quanto à regularidade do vínculo dos beneficiários;
c) Permitir aos profissionais da **AQQUER** acesso às suas dependências para orientar e explicar aos beneficiários as normas e funcionamento do plano de saúde;
d) Colocar à disposição da **AQQUER** informações e dados cadastrais dos beneficiários, com o intuito de possibilitar a regular prestação dos serviços;
e) Responsabilizar-se pela veracidade das informações prestadas;

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

f) Comprovar sua legitimidade e a elegibilidade de seus vinculados na contratação de planos coletivos;
g) Assegurar aos beneficiários o conhecimento das informações e condições previstas neste convênio.

**8 – DOS PAGAMENTOS**

8.1 – Pelos serviços previstos neste convênio e pela contratação do plano de saúde, **os beneficiários que estejam interessados em aderir a um dos planos de saúde oferecidos**, assumem a responsabilidade total do pagamento da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA (mensalidade), e demais valores previstos neste contrato, de acordo com as tabelas de preços estabelecidas no **Anexo I,** parte integrante deste Instrumento.

**8.2** – O pagamento da primeira mensalidade deverá ser feito na data da assinatura do Termo de Adesão e Responsabilidade, parte integrante deste Instrumento, através de pagamento direto à **AQQUER** pelo meio que melhor lhe aprouver (boleto, cartão de crédito/débito, PIX ou transferência bancária).

**8.3** – A **AQQUER** só efetivará a adesão após o pagamento dos valores referidos acima.

**8.4** – O pagamento das demais mensalidades, coparticipação e demais valores previstos, também deverão ser feitos através de pagamento direto à **AQQUER** pelo meio que melhor lhe aprouver (boleto, cartão de crédito/débito, PIX ou transferência bancária), na data especificada no Termo de Adesão e Responsabilidade, parte integrante deste Instrumento.

**8.5** – A **AQQUER**, na qualidade de estipulante dos planos de saúde contratados será responsável pela cobrança dos beneficiários, bem como pelo pagamento à operadora de planos de saúde, não cabendo nenhuma responsabilidade financeira ao **CREF 17/ MT**, a esse respeito.

**8.6** – As contraprestações pecuniárias de todos os beneficiários e demais valores previstos serão reajustados anualmente, conforme previsão contida na clausula 9 deste instrumento.

**8.7 – O atraso no pagamento da mensalidade por 10 (dez) dias, por parte dos beneficiários, implicará na suspensão total da assistência médica contratada.**

**8.7.1 – O atraso no pagamento da mensalidade por 30 (trinta) dias, por parte dos beneficiários, implicará na imediata exclusão do titular e todos os seus dependentes, sem prejuízo do direito de cobrança do débito existente e da inclusão nos órgãos de proteção ao crédito.**

**8.8 – O valor não pago dentro do prazo de vencimento será acrescido de juros de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidentes sobre o débito atualizado.**

**9 – DO REAJUSTE ANUAL**

9.1 – Independente da data de adesão dos beneficiários, a contraprestação pecuniária – mensalidade, coparticipação e demais valores previstos neste convênio, serão reajustados anualmente, sempre no mês do início da vigência deste contrato e data constante no Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar, levando-se em conta a inflação verificada no período,

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

constante no Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, acumulado 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 ou reajuste negativo.

9.2 – 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.

9.3 – 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.

9.4 – 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.

## 10 – DO REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES E VERIFICAÇÃO DOS REGISTROS

10.1 – Todas as solicitações e notificações entre as partes deverão ser feitas por meio que assegure sua ciência inequívoca.

## 11 – DA VIGÊNCIA, RESCISÃO E DENÚNCIA

11.1 – O presente Instrumento terá vigência mínima de 12 (doze) meses, contados a partir do início de sua vigência em **01 de maio de 2026**, sendo renovado por períodos iguais e sucessivos, caso não haja manifestação em contrário de qualquer uma das partes, notificada com pelo menos **60 (sessenta) dias de antecedência**.

11.1.1 – A data do início da vigência em **01 de maio de 2026**, marca também a data base para reajuste desse convênio que será **sempre no mês de maio de cada ano**, independente da data de adesão dos beneficiários.

11.2 – Este instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo, com antecedência de 30 (trinta) dias, se:

a) Houver o descumprimento de qualquer cláusula prevista neste Instrumento;
b) Infração comprovada das normas em vigor ou demais exigências formuladas pelas autoridades públicas;
c) Adequação às normas estabelecidas pela ANS;
d) Houver alteração do contrato social que prejudique a execução do objeto deste Instrumento;
e) Liquidação extrajudicial, decretação de recuperação judicial ou extrajudicial ou ainda falência;
f) Fraude ou dolo efetivamente comprovado;
g) CNPJ Inativo ou Baixado.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

11.2.1 – Após o período de vigência mínima de 12 (doze) meses, este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por qualquer uma das partes, desde que em dia com suas obrigações, desde que notificada a outra parte, com pelo menos 60 (sessenta) dias de antecedência.

11.2.2 – Durante o período de notificação de 60 (sessenta) dias de antecedência, não serão aceitas adesões de novos beneficiários no plano.

**12 – DAS MARCAS E NOMES COMERCIAIS**

12.1 – Fica desde já autorizado pelas partes o uso dos nomes comerciais, marcas registradas, marcas de serviços, logotipos e outas expressões de identificação de qualquer parte em material publicitário da outra parte, que tenha por objetivo divulgar os trabalhos e/ou parcerias objeto deste instrumento.

**13 – DA COLABORAÇÃO**

13.1 – O **CREF 17/ MT** promoverá ampla divulgação do contrato coletivo por adesão estipulado pela **AQQUER**, utilizando todos os meios de comunicação e publicidade permitidos e possíveis, dentre estes, não se limitando, informativos, revistas, sites, redes sociais, eventos corporativos etc.

13.2 – Do mesmo modo, comunicará a **AQQUER**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, data e local do evento a ser realizado pelo **CREF 17/ MT**, como forma de possibilitar a **AQQUER** a participação e divulgação dos seus serviços.

**14 – DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS**

14.1 – São parte integrante deste Instrumento:
Anexo I – Planos Ofertados e Tabela de Preços;
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 da Declaração de Saúde;
Anexo VI – Declaração de Aceitação da Cobertura Parcial Temporária (CPT);
Anexo VII – Material Explicativo dos Planos;
Anexo VIII – Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
Anexo IX – Guia de Leitura Contratual (GLC);
Anexo X – Termo de Consentimento para o Tratamento de Dados Pessoais de Crianças e/ou Adolescentes.

14.1.1 – Os Anexos de II a VII são os modelos que os beneficiários receberão, analisarão e assinarão para aderir um dos planos objeto desse convênio.

14.2 – Todos os documentos utilizados nessa celebração se encontram registrados no Tabelionato e Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas, situado na Avenida Getúlio Vargas, 141 – Cuiabá-MT, RTD nºs: 415829, 415830, 415831 e 415832 e se encontram a disposição dos beneficiários no site da AQQUER, www.aqquer.com.br ou em sua sede à Rua Barão de Melgaço, 2754, 4º andar – sala 406, Edifício Work Tower, Cuiabá-MT, para consulta ou obtenção de sua cópia impressa.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

14.3 – Qualquer tolerância, concessão ou liberalidade não implica em perdão, novação, renúncia ou alteração do ora pactuado e não gera o direito adquirido.
14.4 – Este Instrumento obriga as partes e seus respectivos sucessores e sub-rogatórios legais.

14.5 – As disposições deste convênio podem ser alteradas ou complementadas de tempos em tempos, mediante acordo por escrito devidamente assinado pelas partes na forma de aditivo.

14.6 – Nenhuma das condições deste convênio deve ser entendida como meio para constituir sociedade "*joint venture*" representação comercial entre as partes, nem ainda vínculo empregatício entre os empregados prepostos, contratados e subcontratados dos parceiros, sendo cada uma única, integral e exclusivamente responsável por seus atos e obrigações.

14.7 – As isenções de carência e preexistência, para adesão de beneficiário advindo de outras operadoras, somente serão aceitas se preencherem as condições para a Portabilidade de Carências da ANS.

14.7.1 – Campanhas para adesão em lote com isenção de carência poderão ser realizadas de comum acordo entre as partes, exceto para isenção de preexistência.

14.8 – Na troca de plano dentre os ofertados neste convênio, quando no novo plano houver ampliação de acesso a novos profissionais, prestadores, serviços ou entidades ou ainda quando a troca for por plano com melhor padrão de acomodação (enfermaria para apartamento), o beneficiário está sujeito ao cumprimento de carência de 180 (cento e oitenta) dias para a utilização das novas coberturas e/ou acomodação.

## 15 – DO TRATAMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS - LGPD

15.1 – Por fim, acresce ao contrato original, as cláusulas que tratam sobre a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (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.

15.2 – A **AQQUER** e a **FEDERAÇÃO MT** 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.
15.3 – A **AQQUER** e a **FEDERAÇÃO MT** 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.
15.4 – A **AQQUER** e a **FEDERAÇÃO MT** 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.


ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

15.5 – A **AQQUER** e a **FEDERAÇÃO MT** 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.

15.6 – Em relação aos dados pessoais tratados em razão do presente contrato, informamos que, independentemente do período de vigência da relação contratual, a **AQQUER** e a **FEDERAÇÃO MT** 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.

15.7 – A **AQQUER** e a **FEDERAÇÃO MT** 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** e a **FEDERAÇÃO MT** 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.

15.8 – **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 ao CREF 17/ MT através do e-mail:** assessoria@cref17.org.br

## 16 – DAS NORMAS ANTICORRUPÇÃO

16.1 – 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.

16.2 – 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.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

16.3 – 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.

16.4 – 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.

16.5 – 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.

**17 – DAS INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS**

17.1 – 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.

**18 – DOS CASOS OMISSOS**

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

**19 – DA CESSÃO**

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

**20 – DO FORO**

20.1 – 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 2 (duas) vias de igual forma e teor, na presença de 2 (duas) testemunhas, para que dele decorram seus efeitos práticos e legais.**

**Cuiabá, ____ de _____ de 2026.**

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**ENTIDADE CONVENENTE**

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO- CREF 17/ MT**

Fabi Moraes

Fabiane Vivian de Moraes Martins
Presidente
CPF: 017.635.321-60

**ESTIPULANTE**
**AQQUER ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA**

Cesar Henrique Souza Crespo

| | |
|---|---|
| Antônio Flávio Dias Moreira | César Henrique Souza Crespo |
| CPF: 237.965.100-00 | CPF: 738.646.926-87 |

**OPERADORA CONTRATADA**
**UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**

FLAVIA LUCIA BITTAR GONCALVES

Dra. Flávia Lucia Bittar Gonçalves
Diretora Presidente

Darcyane A C Faria

Dr. Darcyane de Assis Cavalcante Faria
Diretora Financeira

**Testemunhas**

RAFAELLA MARTINS TEODORO

**Nome completo: Rafaella Martins Teodoro**
**CPF: 709.437.451-87**

Flávia R Silva

**Nome completo: Flávia Rezende Silva**
**CPF: 020.349.861-56**



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**ANEXO I**
**(Planos ofertados, tabela de preços e variação por mudança de faixa etária)**

| **Planos com Cobertura Estadual** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Unimed Federativo Mato Grosso Essencial**<br>**Abrangência Geográfica: Estadual**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios de MT**<br>**Padrão de Acomodação: Coletiva/Enfermaria**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 486.815/20-3** | | | **Unimed Federativo Mato Grosso Mais**<br>**Abrangência Geográfica: Estadual**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios de MT**<br>**Padrão de Acomodação: Individual/Apartamento**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 486.814/20-5** | |
| **Unimed Federativo Mato Grosso** | | | | |
| Faixa Etária | Essencial/Enfermaria | % de variação | Mais/Apartamento | % de variação |
| 00 a 18 anos | R$ 315,40 | 0,00% | R$ 381,53 | 0,00% |
| 19 a 23 anos | R$ 358,60 | 13,70% | R$ 433,80 | 13,70% |
| 24 a 28 anos | R$ 413,19 | 15,22% | R$ 499,84 | 15,22% |
| 29 a 33 anos | R$ 526,15 | 27,34% | R$ 636,49 | 27,34% |
| 34 a 38 anos | R$ 612,86 | 16,48% | R$ 741,38 | 16,48% |
| 39 a 43 anos | R$ 710,86 | 15,99% | R$ 859,94 | 15,99% |
| 44 a 48 anos | R$ 808,09 | 13,68% | R$ 977,56 | 13,68% |
| 49 a 53 anos | R$ 903,77 | 11,84% | R$ 1.093,31 | 11,84% |
| 54 a 58 anos | R$ 1.176,07 | 30,13% | R$ 1.422,72 | 30,13% |
| 59 anos ou mais | R$ 1.752.48 | 49,01% | R$ 2.120,00 | 49,01% |
| **Opcional Transporte Aeromédico: R$ 10,00 por pessoa** | | | | |

| **Planos com Cobertura Nacional** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Unimed Federativo Brasil Essencial**<br>**Abrangência Geográfica: Nacional**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios do Brasil**<br>**Padrão de Acomodação: Coletiva/Enfermaria**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 487.122/20-7** | | | **Unimed Federativo Brasil Mais**<br>**Abrangência Geográfica: Nacional**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios do Brasil**<br>**Padrão de Acomodação: Individual/Apartamento**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 487.123/20-5** | |
| **Unimed Federativo Brasil** | | | | |
| Faixa Etária | Essencial/Enfermaria | % de variação | Mais/Apartamento | % de variação |
| 00 a 18 anos | R$ 402,35 | 0,00% | R$ 496,27 | 0,00% |
| 19 a 23 anos | R$ 457,47 | 13,70% | R$ 564,27 | 13,70% |
| 24 a 28 anos | R$ 527,10 | 15,22% | R$ 650,14 | 15,22% |
| 29 a 33 anos | R$ 671,22 | 27,34% | R$ 827,89 | 27,34% |
| 34 a 38 anos | R$ 781,81 | 16,48% | R$ 964,33 | 16,48% |
| 39 a 43 anos | R$ 906,84 | 15,99% | R$ 1.118,52 | 15,99% |
| 44 a 48 anos | R$ 1.030,88 | 13,68% | R$ 1.271,53 | 13,68% |
| 49 a 53 anos | R$ 1.152,95 | 11,84% | R$ 1.422,10 | 11,84% |
| 54 a 58 anos | R$ 1.500,33 | 30,13% | R$ 1.850,57 | 30,13% |
| 59 anos ou mais | R$ 2.235,64 | 49,01% | R$ 2.757,53 | 49,01% |
| **Opcional Transporte Aeromédico: R$ 10,00 por pessoa** | | | | |



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## ANEXO II

## DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO E OFERECIMENTO DO PLANO REFERÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no **CNPJ** sob nº **23.411.944/0001-57**, situada à Rua da Mangueira nº 253, Bairro: Jardim Shangri-lá – Cuiabá -MT, CEP: 78.070-140, neste ato representada na forma de seu Regimento Interno e Ata de Eleição e Termo de Posse da atual Diretoria, em atendimento a previsão legal contida na Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998, DECLARA para os devidos fins, que lhe foi oferecido e tomou conhecimento da disponibilidade em todos os termos do Plano Referência, Unimed Federativo Referência, coletivo por adesão, segmentação assistencial referência, registro nº ANS 486.759/20-9 que corresponde a cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, abrangência geográfica municipal em acomodação enfermaria, deixando, porém, de contratá-lo, optando no presente momento pelos produtos abaixo relacionados:

| **Planos com Cobertura Estadual** | |
|---|---|
| **Unimed Federativo Mato Grosso Essencial**<br>**Abrangência Geográfica: Estadual**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios de MT**<br>**Padrão de Acomodação: Coletiva/Enfermaria**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 486.815/20-3** | **Unimed Federativo Mato Grosso Mais**<br>**Abrangência Geográfica: Estadual**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios de MT**<br>**Padrão de Acomodação: Individual/Apartamento**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 486.814/20-5** |

| **Planos com Cobertura Nacional** | |
|---|---|
| **Unimed Federativo Brasil Essencial**<br>**Abrangência Geográfica: Nacional**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios do Brasil**<br>**Padrão de Acomodação: Coletiva/Enfermaria**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 487.122/20-7** | **Unimed Federativo Brasil Mais**<br>**Abrangência Geográfica: Nacional**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios do Brasil**<br>**Padrão de Acomodação: Individual/Apartamento**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 487.123/20-5** |

**Por ser expressão de verdade, dato e firmo a presente declaração.**

**Cuiabá, _____ de _____ 2026.** Assinado em 23/03/2026 às 12:35:05

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## ANEXO III

## TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA Á SAÚDE SUPLEMENTAR

Por este **TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR** eu, (nome do beneficiário titular), abaixo qualificado, na qualidade de associado e assinante do presente instrumento, venho solicitar a minha adesão, como beneficiário titular, e de meu(s) dependente(s) aqui relacionados, no PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR **– UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO MAIS** da **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, através do CONVÊNIO mantido entre a **AQQUER - ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.** e a entidade representativa, **CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO – CREF 17/MT,** declarando que:

I – tenho pleno conhecimento e estou de acordo com as cláusulas e condições do presente TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR e do Contrato DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR – **UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO MAIS**, do contrato do plano ao qual estou aderindo, e que se **encontra disponível para consulta no endereço eletrônico www.aqquer.com.br**

II – assumo integral responsabilidade pelas declarações abaixo, ciente de que caracteriza crime de falsidade ideológica a inexatidão de qualquer informação;

III – tenho conhecimento do valor da mensalidade com a qual passarei a arcar, ciente ainda de que, o custo mensal da assistência médica varia conforme a idade dos beneficiários inscritos e que quando ocorrer mudança de faixa etária, o valor da mensalidade será reajustado automaticamente;

IV – tenho conhecimento de que, além do reajuste por mudança de faixa etária, os valores das mensalidades são corrigidos em periodicidade mínima de 12(doze) meses do contrato principal, pelo índice de reajuste contratual e metodologia de equilíbrio ou outra variante determinada pela ANS.

V – comprometo-me a permanecer no plano por um período mínimo de 12 (doze) meses e efetuar o pagamento das mensalidades e coparticipação sob minha responsabilidade, exceto em caso de perda de vínculo com a entidade que me representa;

VI – reconheço expressamente e autorizo a entidade que me representa como a única parte legítima para negociar qualquer alteração ou modificação no contrato principal e seus aditivos, em especial o reajuste das mensalidades;

VII – concordo que o reajuste das mensalidades respeitará a data de aniversário do contrato com o **CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO - CREF 17/ MT,** entidade que me representa, sempre no **mês de maio** de cada ano, independente da data de adesão ao plano e que o reajuste por mudança de faixa etária será aplicado no mês seguinte ao do aniversário dos beneficiários, quando os valores serão alterados nos percentuais definidos neste

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**, dos quais tenho pleno conhecimento;

VIII – estou ciente de que este contrato pode ser rescindido por qualquer uma das partes e que é da entidade que me representa a obrigação de comunicar seus associados, cooperados ou sindicalizados sobre o cancelamento deste plano;

IX – estou ciente de que em caso de Morte do Titular, os dependentes sem vínculo direto com a entidade que me representa serão automaticamente excluídos do plano tendo direito de exercer a Portabilidade de Carências em até 60 (sessenta) dias da data da exclusão;

X – autorizo o envio e concordo em receber os documentos da adesão para preenchimento, rubrica e assinatura, por via eletrônica certificada, me obrigando a realizar a assinatura em até 2 dias úteis do recebimento, sob pena de cancelamento do processo.

XI – estou ciente de que se não pagar o boleto da primeira mensalidade na data de seu vencimento, o plano será cancelado imediatamente, resultando na exclusão de todos nele inscritos, sem prejuízo da **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**. realizar a cobrança de eventual utilização, nos valores da tabela de referência do plano e de inscrever o titular nos órgãos de proteção ao crédito, bem como da execução do débito;

XII – estou ciente que o Material Explicativo do Plano, o Glossário, a Tabela de Exames Simples, a Tabela de Reembolso e Coparticipação e demais informativos estão disponíveis para consulta no site da **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**. no endereço www.aqquer.com.br.

XIII – autorizo o envio do boleto de cobrança por e-mail e/ou WhatsApp, fornecidos abaixo, considerando como notificação e me obrigo a confirmar o recebimento em até 1 (um) dia útil.

XIV – estou ciente que foi oferecido o Plano Referência ao (**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO**), que me representa, que corresponde a cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermaria, abrangência geográfica municipal, para a entidade da qual sou associado, deixando a mesma de contratá-lo, optando pelos Produtos da **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** abaixo descrito.

## 1 – CARACTERÍSTICAS DO PLANO

| IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES | NOME/RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF |
|---|---|---|
| **Entidade:** | **CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO** | **23.441.944/0001-57** |
| **Associado:** | xxxxxxxxxxxxxx | 000.000.000-00 |
| **Administradora:** | AQQUER Administradora de Benefícios Ltda. | 30.902.499/0001-93 |
| **Operadora:** | Unimed Federação do Estado de Mato Grosso | 02.511.261/0001-00 |



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| DADOS DO PLANO CONTRATADO | |
|---|---|
| **Nome Comercial:** | UNIMED FEDERATIVO (...) |
| **Registro na ANS:** | nº. 000.000/00-0 |
| **Tipo de Contratação:** | Coletiva 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 (Enfermaria) ou individual (Apartamento) |
| **Formação do Preço:** | Preestabelecida |
| **Serviços e Coberturas Adicionais:** | Não há |

| DADOS CADASTRAIS DO TITULAR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nome:** | | | **Data de nascimento:** | **Sexo:** |
| **Estado civil:** | **Nº CPF:** | **Nº CNS:** | | **Profissão (CBO):** |
| **Nº Identidade:** | **Órgão expedidor:** | **Data da expedição:** | **Nacionalidade:** | **Naturalidade:** |
| **Filiação do Titular:** | **Pai:** | | | |
| | **Mãe:** | | | |

| ENDEREÇO DO TITULAR | | | |
|---|---|---|---|
| **Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.):** | | **Nº:** | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | **CEP:** | **UF:** |
| **Fone Residencial:** ( ) | **Celular:** ( ) | **Fone Comercial:** ( ) | |

| DADOS CADASTRAIS DOS DEPENDENTES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1 - Nome:** | | **Data de nascimento:** | **Sexo:** | Parentesco: |
| **Estado civil:** | **Nº CPF:** | **Nº CNS:** | | **Profissão (CBO):** |
| **Nº Identidade:** | **Órgão expedidor:** | **Data da expedição:** | **Nacionalidade:** | **Naturalidade:** |
| **Filiação do Titular:** | **Pai:** | | | |
| | **Mãe:** | | | |



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **2 - Nome:** | | | **Data de nascimento:** | **Sexo:** | Parentesco: |
| **Estado civil:** | **Nº CPF:** | **Nº CNS:** | | **Profissão (CBO):** | |
| **Nº Identidade:** | **Órgão expedidor:** | **Data da expedição:** | **Nacionalidade:** | **Naturalidade:** | |
| **Filiação do Titular:** | **Pai:** | | | | |
| | **Mãe:** | | | | |
| | | | | | |
| **3 - Nome:** | | | **Data de nascimento:** | **Sexo:** | Parentesco: |
| **Estado civil:** | **Nº CPF:** | **Nº CNS:** | | **Profissão (CBO):** | |
| **Nº Identidade:** | **Órgão expedidor:** | **Data da expedição:** | **Nacionalidade:** | **Naturalidade:** | |
| **Filiação do Titular:** | **Pai:** | | | | |
| | **Mãe:** | | | | |

## 2 - PERÍODOS DE CARÊNCIA

| Item | Prazo a ser cumprido |
|---|---|
| Urgência e Emergência | 24 (vinte e quatro) horas |
| Consulta Médica | 30 (trinta) dias |
| Exame Simples – lista registrada em cartório | 30 (trinta) dias |
| Consulta/sessão de: fisioterapia, nutricionismo, fonoaudiologia, psicologia/psicoterapia, acupuntura e terapia ocupacional | 180 (cento e oitenta) dias |
| Internações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e Hospital-Dia | 180 (cento e oitenta) dias |
| Procedimentos cirúrgicos realizados em ambiente ambulatorial | 180 (cento e oitenta) dias |
| Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS | 180 (cento e oitenta) dias |
| Fornecimento de medicamentos e de bolsas – de acordo com as Diretrizes e Protocolo de Utilização da ANS | 180 (cento e oitenta) dias |
| Parto a termo | 300 (trezentos) dias |
| Remoção, exceto para leito SUS após os atendimentos de urgência ou emergência | 180 (cento e oitenta) dias |
| Demais procedimentos não enquadrados nos outros itens | 180 (cento e oitenta) dias |



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 3 – COPARTICIPAÇÃO

| Procedimento/Evento | Percentual | Limitador/Teto |
|---|---|---|
| Consulta Médica – por consulta | 30% | R$ 150,00 |
| Exame – por procedimento | 30% | R$ 150,00 |
| Consulta/sessão de: fisioterapia, nutricionismo, fonoaudiologia, psicologia/psicoterapia, acupuntura e terapia ocupacional – por consulta/sessão | 30% | R$ 150,00 |
| Procedimento Ambulatorial - por evento | 30% | R$ 150,00 |
| Urgência ou Emergência – por evento | 30% | R$ 150,00 |
| Fornecimento de medicamento antineoplásico oral – uso domiciliar (DUT) - por unidade disponibilizada | 30% | R$ 150,00 |
| Fornecimento de medicamento adjuvante e para controle de efeitos adversos – uso domiciliar (DUT) - por unidade disponibilizada | 30% | R$ 150,00 |
| 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 |
| Internação Clínica e Cirúrgica - por evento | Isento | Isento |
| Internação Transtornos Psiquiátricos – após o 31º dia - por evento | 50% | Sem limitador |

## 4 – FAIXAS ETÁRIAS E SUA VARIAÇÃO PERCENTUAL

| Faixa Etária | Percentual de variação |
|---|---|
| 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% |

## 5 – VALORES

**5.1 –** O valor correspondente à 1ª Mensalidade e à Taxa de Adesão deverão ser pagas no ato da assinatura deste **TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**, através da emissão de Boleto Bancário.

5.2 – O não pagamento da primeira mensalidade na data de seu vencimento, acarretará no cancelamento imediato do plano, resultando na exclusão de todos nele inscritos, sem prejuízo da **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**. realizar a cobrança de eventual utilização, de



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

acordo com os valores da tabela de referência do plano e de inscrever o titular nos órgãos de proteção ao crédito, bem como da execução do débito.

| Beneficiário | Idade | Mensalidade | Aeromédico | Taxa de Adesão | Outros: _____ | Somatória |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TITULAR | | | | | | |
| Dependente 1 | | | | | | |
| Dependente 2 | | | | | | |
| Dependente 3 | | | | | | |
| Total a pagar >>>>>>>>>> | | | | | | |
| Dia de pagamento do boleto: ❑ 05 ou ❑ 10 - Próximo pagamento em ____/____/20___ | | | | | | |

**6 – SUBSTITUIÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL**

6.1 – 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 e ficarão acessíveis pelo período de 180 (cento e oitenta) dias.

6.2 – As substituições na rede assistencial do plano contratado também poderão ser consultadas pelo telefone 0800 940 2291.

**7 – DO TRATAMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS - LGPD**

7.1 – 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.

**10 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

10.1 – A partir de sua assinatura, este **TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR** passa a integrar o contrato celebrado entre as partes **AQQUER** o **CREF 17/ MT,** entidade que me representa para todos os fins de direito.

10.2 – E assim, por estar ciente e de acordo com todas as cláusulas e condições do instrumento principal, assino o presente **TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**, em duas vias de igual forma e teor, para que dela decorram seus efeitos práticos e legais.

10.3 – Todos os documentos utilizados nessa celebração se encontram registrados no Tabelionato e Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas, situado na Avenida Getúlio Vargas, 141 – Cuiabá-MT, RTD nºs: 415829, 415830, 415831 e 415832.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**11- DO FORO**
Fica eleito o foro da Comarca do beneficiário titular, com renúncia expressa por qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para resolver quaisquer questões relativas ao presente Instrumento.

Cuiabá-MT, ____ de _____ de 2026.

(Nome completo)
**BENEFICIÁRIO TITULAR**

**ADMINISTRADORA ESTIPULANTE**
**AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**

Antônio Flávio Dias Moreira
Diretor de Negócios

**TESTEMUNHAS**

| | |
|---|---|
| Nome Completo: | Nome Completo: |
| CPF: | CPF: |

**ANEXO IV**

**CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO**

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula a atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

**O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**
É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

**AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

• A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

• A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

• No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

• NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.

• Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

**AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

• A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

• Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.

• Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:
**www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

| Beneficiário | Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário |
|---|---|
| _____, ___ / ___ / _____<br>Local Data | _____, ___ / ___ / _____<br>Local Data |
| Nome: _____ | Nome: _____ |
| Assinatura: _____ | CPF: _____<br>Assinatura: _____ |

**ANEXO V**
**FORMULÁRIO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE**
**(RN 162/07)**

| **Nome do Beneficiário:** | **CPF:** | **Nº do Contrato:** |
|---|---|---|
| **Nome do Representante Legal (no caso de menor ou incapaz):** | | |

Esta Declaração de Saúde deve ser preenchida de próprio punho por cada beneficiário ou por responsável legal, quando se tratar de menor de 18 anos ou incapaz.

Esta Declaração de Saúde, em hipótese alguma poderá ser preenchida no computador.

No Plano de Assistência à Saúde Individual/Familiar e no Coletivo por Adesão, o preenchimento desta Declaração de Saúde é obrigatório para todos os beneficiários, titulares e/ou dependentes.

No Plano de Assistência à Saúde Coletivo, o preenchimento desta Declaração de Saúde será realizado de acordo com a legislação vigente.

O beneficiário tem o direito de ser orientado, no preenchimento da Declaração de Saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela ***AQQUER ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.***, ou de utilizar por um profissional de sua escolha, assumindo o ônus financeiro desta opção.

Se houver necessidade, o beneficiário poderá esclarecer suas dúvidas com o Médico Orientador que lhe acompanha durante o preenchimento desta Declaração de Saúde.

| **Opção do beneficiário para o preenchimento da Declaração de Saúde:** | |
|---|---|
| ( ) | 1 – Declaro que contei com a presença de Médico Orientador ***indicado pela Aqquer-Administradora de Benefícios***, sem ônus financeiro para auxiliar-me no preenchimento desta Declaração de Saúde. |

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | |
|---|---|
| ( ) | 2 – Declaro que contei com a presença de Médico Orientador ***de minha escolha***, assumindo o ônus financeiro. |
| ( ) | 3 – Declaro que ***dispensei*** a presença do Médico Orientador. |

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), ou seja, aquela que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba que é portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde.

Havendo declaração de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), será oferecida a Cobertura Parcial Temporária (CPT), 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 constantes do Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época da demanda, desde que relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente (DLP) declarada.

Por liberalidade da norma a ***AQQUER Administradora de Benefícios Ltda.*** não trabalha com o oferecimento do Agravo, assim entendido 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.

Estando o contrato em vigor, identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão do conhecimento prévio de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), por ocasião da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde, a ***AQQUER Administradora de Benefícios Ltda.*** deverá ***NOTIFICAR*** imediatamente a omissão de informação ao beneficiário através do "Termo de Comunicação ao Beneficiário" e poderá:

I – Oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT) ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;

II – Solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à oferta da Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Instaurado o processo administrativo na ANS, à ***AQQUER Administradora de Benefícios Ltda.***, caberá o ônus da prova.

A ***AQQUER Administradora de Benefícios Ltda.***, poderá 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 (DLP).

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



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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

Após julgamento e acolhida à alegação da ***AQQUER Administradora de Benefícios Ltda.***, 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 NOTIFICAÇÂO da constatação da Doença ou Lesão Preexistente (DLP) omitida, pela ***AQQUER Administradora de Benefícios Ltda.*** e terá o contrato rescindido unilateralmente (cancelado).

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 da decisão pela ANS, com o encerramento do processo administrativo.

**ORIENTAÇÕES**

Antes de iniciar o preenchimento da Declaração de Saúde, leia e assine a Carta de Orientação ao Beneficiário.

Algumas questões pedem que o beneficiário explique ou especifique suas respostas. Nesses casos, o beneficiário deverá escrever a resposta, de próprio punho, no local indicado.

A ***AQQUER Administradora de Benefícios Ltda.***, fica obrigada a proteger as informações prestadas na Declaração de Saúde, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

Para cada doença listada abaixo o beneficiário deverá responder, assinalando no campo "**RESPOSTAS**", "**SIM**" caso esteja ciente de que é sofredor ou portador da condição ou responder "**NÃO**", caso esteja ciente de que não é sofredor ou portador da condição.

**QUESTIONÁRIO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

| **1** | **Sofre de alguma doença infecciosa ou parasitária como:** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | AIDS? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| b) | Doença de Chagas? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| c) | Hanseníase (lepra)? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| d) | Meningite? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| e) | Tuberculose? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| f) | Outras?<br>Especifique: | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |

| **2** | **Sofre de neoplasias malignas (câncer)?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Aparelho digestivo (estomago ou outros)?<br>Especifique: | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |



ANS - nº 42165-2

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | | | |
|---|---|---|---|
| b) | Aparelho respiratório (pulmão ou outros)?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Leucemia? | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Linfoma? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Mama? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Órgãos genitais femininos (útero, ovário ou outros)?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |
| | Órgãos genitais masculinos (próstata ou outros)?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| **3** | **Sofre de neoplasias malignas (câncer)?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Pele? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Tireoide? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Trato urinário (rins, bexiga ou outros)?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| **4** | **Sofre de neoplasias benignas?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Mama? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Órgãos genitais femininos (útero, ovário ou outros)?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Órgãos genitais masculinos (próstata ou outros)?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Aparelho digestivo (estomago ou outros)?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Aparelho respiratório (pulmão ou outros)?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Pele? | ❑ Sim | ❑ Não |
| g) | Tireoide? | ❑ Sim | ❑ Não |
| h) | Trato urinário (rins, bexiga ou outros)?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |
| i) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| **5** | **Sofre de doenças do sangue?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Anemia? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Doenças da coagulação? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Hemofilia? | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Policitemia Vera? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Púrpura? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| 6 | Sofre de transtornos psiquiátricos ou mentais? | Resposta | |
|---|---|---|---|
| a) | Psicose? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Esquizofrenia? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Neurose? | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Depressão? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Retardo mental? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Outros?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| 7 | Sofre de alguma doença provocada por: | Resposta | |
|---|---|---|---|
| a) | Alcoolismo? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Uso de drogas? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Outros?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| 8 | Sofre de doenças do sistema nervoso? | Resposta | |
|---|---|---|---|
| a) | Acidente vascular cerebral (“derrame” “AVC”)? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Sequela de acidente vascular cerebral? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Alzheimer? | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Epilepsia? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Esclerose múltipla? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Paralisia cerebral? | ❑ Sim | ❑ Não |
| g) | Paralisias ou polineuropatias? | ❑ Sim | ❑ Não |
| h) | Parkinson? | ❑ Sim | ❑ Não |
| i) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| 9 | Sofre de doenças dos olhos e anexos? | Resposta | |
|---|---|---|---|
| a) | Alterações na retina? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Deslocamento de retina? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Astigmatismo? (Informar o grau) | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Catarata? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Ceratocone? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Estrabismo? | ❑ Sim | ❑ Não |
| g) | Glaucoma? | ❑ Sim | ❑ Não |
| h) | Hipermetropia? (Informar o grau) | ❑ Sim | ❑ Não |
| i) | Miopia? (Informar o grau) | ❑ Sim | ❑ Não |
| j) | Pterígio? | ❑ Sim | ❑ Não |
| k) | Presbiopia? (Queda da visão para perto) | ❑ Sim | ❑ Não |
| l) | Retinopatia diabética? | ❑ Sim | ❑ Não |
| m) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| 10 | Sofre de doenças do ouvido, nariz ou garganta? | Resposta | |
|---|---|---|---|
| a) | Diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções frequentes? | ❑ Sim | ❑ Não |

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | | | |
|---|---|---|---|
| b) | Hipertrofia de cornetos ou amígdalas? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Labirintite? | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Rinite? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Sinusite? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Perda de audição? | ❑ Sim | ❑ Não |
| g) | Problemas de adenoide, tumor, desvio de septo ou pólipos? | ❑ Sim | ❑ Não |
| h) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| 11 | Sofre de doenças do coração? | Resposta | |
|---|---|---|---|
| a) | Angina pectoris? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Arritmia cardíaca? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Doença hipertensiva da gravidez? (Eclampsia) | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Doenças com disfunção de válvulas? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Doenças reumáticas valvulares? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Hipertensão arterial? | ❑ Sim | ❑ Não |
| g) | Infarto do miocárdio? | ❑ Sim | ❑ Não |
| h) | Insuficiência cardíaca? | ❑ Sim | ❑ Não |
| i) | Insuficiência coronariana? | ❑ Sim | ❑ Não |
| j) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| 12 | Sofre de doenças do aparelho circulatório? | Resposta | |
|---|---|---|---|
| a) | Aneurisma? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Febre reumática? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Hemorroidas? | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Insuficiência arterial periférica? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Linfedema? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Micro varizes? | ❑ Sim | ❑ Não |
| g) | Trombo flebites? | ❑ Sim | ❑ Não |
| h) | Trombose? | ❑ Sim | ❑ Não |
| i) | Úlcera de perna? | ❑ Sim | ❑ Não |
| j) | Varizes de membros inferiores? | ❑ Sim | ❑ Não |
| k) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| 13 | Sofre de doenças do aparelho respiratório? | Resposta | |
|---|---|---|---|
| a) | Apneia do sono? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Asma? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Bronquiectasia? (Dilatação do brônquio) | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Bronquite? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Enfisema? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Fibrose pulmonar? (DPOC) | ❑ Sim | ❑ Não |
| g) | Pneumonia? | ❑ Sim | ❑ Não |
| h) | Outras? | ❑ Sim | ❑ Não |

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Especifique: | | |

| 14 | **Sofre de doenças do aparelho digestivo?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Cirrose hepática? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| b) | Colelitíase (cálculo da vesícula)? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| c) | Colite? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| d) | Doença diverticular do intestino? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| e) | Doenças da boca? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| f) | Doenças do pâncreas? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| g) | Gastrite? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| h) | Úlcera péptica? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| i) | Hepatites? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| j) | Outras?<br>Especifique: | | |

| 15 | **Sofre de algum tipo de Hérnia?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Inguinal? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| b) | De Hiato? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| c) | Umbilical? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| d) | Epigástrica? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| e) | Incisional? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| f) | Outras?<br>Especifique: | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |

| 16 | **Sofre de doenças da pele? (Especifique o local)** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Tumores? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| b) | Nódulos? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| c) | Manchas? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| d) | Psoríase? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| e) | Verrugas? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| f) | Outras?<br>Especifique: | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |

| 17 | **Sofre de doenças do aparelho urinário?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Cálculo renal, ureteral e de bexiga? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| b) | Incontinência urinária (“urina solta”)? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| c) | Insuficiência renal? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| d) | Necessidade de transplante renal? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| e) | Nefrite? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| f) | Outras?<br>Especifique: | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |

| 18 | **Sofre de doenças osteomusculares e/ou da coluna?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Artrite? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |
| b) | Artrite Reumatoide? | ❑ **Sim** | ❑ **Não** |

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | | | |
|---|---|---|---|
| c) | Artrose? | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Desvio da coluna? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Esclerodermia? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Escoliose? | ❑ Sim | ❑ Não |
| g) | Fraturas? | ❑ Sim | ❑ Não |
| h) | Hérnia de disco? | ❑ Sim | ❑ Não |
| i) | Lúpus eritematoso sistêmico? | ❑ Sim | ❑ Não |
| j) | Osteomielite? | ❑ Sim | ❑ Não |
| k) | Osteoporose? | ❑ Sim | ❑ Não |
| l) | Poliomielite? | ❑ Sim | ❑ Não |
| m) | Reumatismo? | ❑ Sim | ❑ Não |
| n) | Tendinite? | ❑ Sim | ❑ Não |
| o) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| **19** | **Sofre de doenças do aparelho genital feminino?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Cisto de ovário? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Endometriose? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Infertilidade? | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Nódulo mamário? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Prolapso uterino? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Ruptura perineal ou outras? | ❑ Sim | ❑ Não |
| g) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| **20** | **Sofre de doenças do aparelho genital masculino?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Esterilidade? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Fimose? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Hiperplasia de próstata? | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Hipospadia? | ❑ Sim | ❑ Não |
| e) | Impotência Sexual? | ❑ Sim | ❑ Não |
| f) | Testículo alto? (fora da bolsa escrotal) | ❑ Sim | ❑ Não |
| g) | Varicocele? | ❑ Sim | ❑ Não |
| h) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| **21** | **Sofre de doença causada por alteração cromossômica?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| **22** | **Sofre de traumatismos e/ou fraturas?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| **23** | **Sofre de sequelas de acidente, moléstia adquirida ou congênita (doenças de nascença)?** | **Resposta** | |
|---|---|---|---|
| a) | Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| 24 | Informar: | Resposta |
|---|---|---|
| a) | Peso | _____Kg |
| b) | Altura | _____Metros |
| c) | Idade | _____Anos |

| 25 | Sofre de doenças endócrinas e/ou relacionadas? | Resposta | |
|---|---|---|---|
| a) | Diabetes? | ❑ Sim | ❑ Não |
| b) | Hipófise? | ❑ Sim | ❑ Não |
| c) | Tireoide? | ❑ Sim | ❑ Não |
| d) | Outras?<br>Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| 26 | Sofre de alguma doença não relacionada acima? | Resposta | |
|---|---|---|---|
| a) | Especifique: | ❑ Sim | ❑ Não |

| Comentários e informações adicionais a respeito das perguntas formuladas que o beneficiário entende ser importante registrar. |
|---|
| |

## DECLARAÇÃO

Declaro que as informações relatadas nesta Declaração de Saúde são a expressão da verdade e que foram espontaneamente feitas de próprio punho, podendo a ***AQQUER ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS***, considerá-las para análise e manutenção das coberturas.

Declaro ainda que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), da qual saiba ser sofredor ou portador no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que comprovada junto a ANS através de processo administrativo, será considerada como ato fraudulento e acarretará na rescisão do contrato, obrigando o titular ou seu responsável legal a arcar com os custos dos atendimentos obtidos em relação à cirurgia, uso de Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), ligados à Doença ou Lesão Preexistente (DLP).

Caso instaurado o processo administrativo, comprometo-me, na qualidade de titular ou responsável legal, a prestar toda e qualquer informação adicional solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde a enviar à ***AQQUER ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS***, sob a responsabilidade e cuidado do médico cadastrado na Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS, como auditor, as informações necessárias sobre o estado de saúde dos beneficiários incluindo resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando a ***AQQUER ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS*** de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro que aceito cumprir a Cobertura Parcial Temporária – CPT, em relação às doenças e lesões declaradas como existentes nesta Declaração de Saúde.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

Declaro ainda ter ciência de que, independentemente da data de sua realização, seus efeitos práticos e legais terão vigência a partir da data de celebração do instrumento principal, do qual é parte integrante. Por ser verdade, firmo a presente.

| ***Beneficiário ou Responsável Legal*** | |
|---|---|
| Nome:<br><br>CPF: | Assinatura: |

| ***Local e Data*** | |
|---|---|
| Local: | Data:<br>_____ / _____ / 20_____ |

## ANEXO - VI
## DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

| **Nome do Beneficiário:** | **CPF:** | **Nº do Contrato:** |
|---|---|---|
| **Nome do Representante Legal (no caso de menor ou incapaz):** | | |

Eu, acima qualificado, na qualidade de beneficiário ou Responsável Legal, declaro estar ciente da condição de portador ou sofredor da(as) Doença(as) e Lesão(ões) Preexistente(s) e reconhecida(s) por ocasião da Entrevista Qualificada/Declaração de Saúde e estou de ciente e de acordo que isto acarrete, durante um prazo máximo de _____(_____) meses, a partir do início da vigência ou da adesão ao contrato, a suspensão, por parte do Plano de Saúde do qual pretendo ser beneficiário, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade constantes do Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época da demanda, exclusivamente relacionados à(s) Doença(s) e Lesão(ões) Preexistente(s) relacionada(s).

| ***Item*** | ***Descrição da DPL (Patologia)*** | ***CID 10*** |
|---|---|---|
| **1** | | |
| **2** | | |
| **3** | | |
| **4** | | |

Por ser verdade, firmo a presente.

| ***Beneficiário ou Responsável Legal*** | |
|---|---|
| Nome:<br>CPF: | Assinatura: |

| ***Local e Data*** | |
|---|---|
| Local: | Data:<br>_____ / _____ / 20_____ |



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

# ANEXO VII
# MATERIAL EXPLICATIVO

## 1 – OPERADORA CONTRATADA

A operadora contratada é a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, com Autorização de Funcionamento na ANS sob o Nº: 32803-1, classificada na modalidade Cooperativa de Trabalho Médico, que prestará a assistência médica aos associados, cooperados ou sindicalizados das entidades ou instituições que aderirem a um dos planos disponibilizados, em parceria com todas as Unimeds do Estado de Mato Grosso.

## 2 – ESTIPULANTE DOS PLANOS

A **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, com Autorização de Funcionamento na ANS sob o Nº: 42169-3, é a Administradora de Benefícios que estipula os planos disponibilizados para adesão, ou seja, ela contrata os planos junto à operadora, celebra o convênio com as entidades ou instituições, recebe as adesões, cobra os beneficiários a mensalidade e demais valores previstos e aplica os reajustes.

## 3 – PLANOS DISPONÍVEIS PARA ADESÃO

| **Planos com Cobertura Estadual** | |
|---|---|
| **Unimed Federativo Mato Grosso Essencial**<br>**Abrangência Geográfica: Estadual**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios de MT**<br>**Padrão de Acomodação: Coletiva/Enfermaria**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 486.815/20-3** | **Unimed Federativo Mato Grosso Mais**<br>**Abrangência Geográfica: Estadual**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios de MT**<br>**Padrão de Acomodação: Individual/Apartamento**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 486.814/20-5** |

| **Planos com Cobertura Nacional** | |
|---|---|
| **Unimed Federativo Brasil Essencial**<br>**Abrangência Geográfica: Nacional**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios do Brasil**<br>**Padrão de Acomodação: Coletiva/Enfermaria**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 487.122/20-7** | **Unimed Federativo Brasil Mais**<br>**Abrangência Geográfica: Nacional**<br>**Área de Atuação: Todos os municípios do Brasil**<br>**Padrão de Acomodação: Individual/Apartamento**<br>**Segmentação Assistencial: AHOb**<br>**Registro na ANS nº 487.123/20-5** |

## 4 – OBJETIVO DOS PLANOS DE SAÚDE

O objetivo dos planos de saúde disponibilizados neste convênio é a 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


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.

Ou seja, os planos visam à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

## 5 – QUEM PODE ADERIR AOS PLANOS DISPONIBILIZADOS

Poderão aderir aos planos as pessoas naturais (pessoas físicas), vinculadas às entidades ou instituições em caráter associativo, cooperativo ou sindical.

O Titular do plano deve ter vínculo direto com a entidade ou instituição.

Podem ser inscritos como dependentes, desde que juntos com o Titular:

- o cônjuge;
- o filho, solteiro até 35 (trinta e cinco) anos incompletos;
- 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.

O filho recém-nascido, natural ou adotivo e o adotivo com até 12 anos tem privilégios na adesão desde que realizada em até 30 dias do nascimento ou adoção.

## 6 – COMO REALIZAR A ADESÃO

Para realizar a adesão a um dos planos disponibilizados, o associado, cooperado ou sindicalizado deverá comparecer ao escritório de sua entidade representativa, da AQQUER ou procurar um corretor credenciado, munido dos seguintes documentos – original e cópia simples:

- 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;
- Comprovante do vínculo do beneficiário com a entidade ou instituição.

## 7 – PRAZO PARA ADESÃO, INCLUSÃO OU EXCLUSÃO

As adesões e as inclusões de dependentes podem ser realizadas até o dia 15 de cada mês e serão integradas ao plano para início de vigência no dia 1º do mês subsequente.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

O beneficiário titular pode solicitar diretamente à operadora, à **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA.**, ou à entidade que o representa, sua exclusão ou de qualquer de seus dependentes, a qualquer momento.

Lembrando que o pedido de exclusão do beneficiário titular resulta no cancelamento do plano com a exclusão de todos os seus dependentes nele inscritos.

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:

Para o ingresso em novo plano:

- Exigência do cumprimento de novos Prazos de Carência;
- Perda do direito de requerer a Portabilidade de Carências;
- 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;
- Perda imediata do direito a Remissão (PEA), se contratado
- Responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias (mensalidades) vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas antes da solicitação;
- 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.

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.

No ato da solicitação, será fornecido protocolo de recebimento e encaminhado, no prazo de 10 (dez) dias, o Comprovante de Efetivo Cancelamento ou Exclusão.

## 8 – SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO POR INADIMPLÊNCIA

8.1 – 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.

8.2 – 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.

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

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

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 9 – COBERTURAS DOS PLANOS DISPONIBILIZADOS

**As coberturas abrangem exclusivamente os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, obedecendo ainda o que determina as Diretrizes de Utilização (DUT) e o Protocolo de Utilização – PROUT.**

As coberturas abrangem exclusivamente os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, obedecendo ainda o que determina as Diretrizes de Utilização (DUT) e o Protocolo de Utilização – PROUT.

A lista, bem como os protocolos e diretrizes, podem ser consultados no site www.ans.gov.br.
Alguns exemplos de cobertura:

- ✓ Consulta médica em número ilimitado em todas as especialidades reconhecidas pelo CFM;
- ✓ Exames necessários ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento;
- ✓ Procedimentos ambulatoriais:
- ✓ Câmara Hiperbárica;
- ✓ Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais;
- ✓ Quimioterapia e Radioterapia;
- ✓ Diálise e Hemodiálise;
- ✓ Implante de DIU;
- ✓ Mamografia Digital;
- ✓ Pet-Scan.
- ✓ Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, inclusive em UTI;
- ✓ Vasectomia e Laqueadura;
- ✓ Cirurgias Oftalmológicas;
- ✓ Transplantes de Rim, Córnea e Medula;
- ✓ Cirurgia para Obesidade Mórbida;
- ✓ Cirurgia Cardíaca;
- ✓ Implante de Marcapasso.
- ✓ Despesas com acompanhante durante a internação;
- ✓ Doenças Infectocontagiosas, inclusive AIDS;
- ✓ Doenças ou Lesões Preexistentes;
- ✓ Pré-Natal, Parto e Puerpério;
- ✓ Fisioterapia, sem limite;
- ✓ Consultas e sessões em Psicologia, Fonoaudiologia, Nutricionismo e Terapia Ocupacional, de acordo com o número estabelecido nas Diretrizes da Utilização – DUT;
- ✓ Sessões de Acupuntura.

## 10 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura dos planos todos 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 e, ainda:

- ➢ Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- ➢ Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

- Consulta, Internação ou qualquer atendimento domiciliar, mesmo que em caráter de emergência ou urgência;
- Despesas com acompanhante, exceto os casos previstos na legislação.
- Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- Escleroterapia de varizes;
- Fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico e as estéticas;
- Internação domiciliar de qualquer natureza;
- 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 antineoplasicos orais e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplasicos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;
- Procedimentos, exames ou tratamentos no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- Resgate ou remoção domiciliar de qualquer natureza, bem como remoção aérea;
- 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;
- 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;
- 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 para obtenção do protocolo do atendimento, à exceção dos atendimentos caracterizados pelo médico assistente como Urgência ou Emergência.
- 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:

✓ 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, Cetro 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;

✓ 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;



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

- ✓ PERNAMBUCO: Real Hospital Português, Santa Joana, Hospital Jayme da Fonte e Hospital Esperança;
- ✓ 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);
- ✓ RIO GRANDE DO SUL: Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinho de Vento e Instituto de Cardiologia;
- ✓ SANTA CATARINA: Hospital e Maternidade Dona Helena – Joinvile;
- ✓ 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.

## 11 – VIGÊNCIA

A adesão terá o início de vigência a partir da data da assinatura do Termo de Adesão e Responsabilidade e do 1º pagamento e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos.
Se o beneficiário não realizar o 1º pagamento o processo está cancelado.

Após o período de vigência mínima, não havendo manifestação em contrário, com 60 (sessenta) dias de antecedência, este contrato se renova automática e sucessivamente por igual período.

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

## 12 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

A carência é aplicada individualmente e contada a partir da data de início de vigência da adesão e a partir da data de inclusão para os inscritos posteriormente.

Os prazos são:

- ➢ Urgência e Emergência: 24 (vinte e quatro) horas;
- ➢ Consulta Médica: 30 (trinta) dias;



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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

A Tabela de Exames Simples, cuja carência é de 30 (trinta) dias, conforme disposto na alínea "c" do item anterior, se encontra registrada no 1º Serviço Notarial e Registral de Cuiabá-MT, no livro B 5462, Fls 102 a 112, O. S. 596052, e está à disposição para consulta no site www.unimedmt.coop.br.

## 13 – ISENÇÃO DAS CARÊNCIAS

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

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 clausula.

## 14 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Todo beneficiário está obrigado, por ocasião de sua adesão ou inclusão, a informar no preenchimento da Declaração de Saúde, 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.

Toda Doença ou Lesão Preexistente – DLP, declarada deverá cumprir o prazo de até 24 meses para sua cobertura total.

Este processo se chama Cobertura Parcial Temporária – CPT e suspenderá todo evento cirúrgico, utilização de UTI ou CTI e de Procedimentos de Alta Complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, e não se confunde com o cumprimento das carências.

Após os 24 meses a cobertura volta ao normal.

Caso o beneficiário não aceite as condições de cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT, o processo de adesão está cancelado.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 15 – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Estão cobertos os atendimentos nos casos de urgência e emergência, desde a admissão até a alta, exclusivamente dentro da área de abrangência e atuação do plano escolhido.

Durante o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT e dos prazos de Carência, o plano dará a 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.

Nestes casos o beneficiário será o responsável financeiro pela internação ou deverá aceitar a transferência para o SUS.

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 – REEMBOLSO NOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

O reembolso será realizado com base na "Tabela de Reembolso/Referência" do plano, que está disponível para consulta no endereço www.aqquer.com.br e na sede da **AQQUER** ou da **FEDERAÇÃO MT**.

## 17 – HABILITAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

Será fornecido 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.

Você também pode baixar na loja Play Store o App Unimed Cliente, que dá acesso a várias informações do seu plano, como o Guia Médico e a carteirinha virtual.

## 18 – AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Vários procedimentos precisam de autorização prévia para sua utilização e existem prazos para tal.

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.

Para realização de consultas ou sessões com Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo (inclusive psicoterapia), Fisioterapeuta e com Terapeuta Ocupacional, será necessária autorização prévia, sendo



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

obrigatória a apresentação da Guia (pedido), emitida pelo médico assistente, com a justificativa da indicação.

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 autorizadas previamente.

Sempre que solicitado, o beneficiário fica obrigado a fornecer laudos, justificativas, exames e demais documentos necessários à análise da solicitação, sob pena de não autorização.

**19 – PERÍCIA**

Sempre que julgar necessário, poderá ser exigida a realização de perícia médica no beneficiário, para comprovar a necessidade da realização do procedimento/evento solicitado.

**20 – JUNTA MÉDICA**

Sempre que houver divergência entre o médico assistente do beneficiário e o médico auditor do plano, será proposta a composição de uma Junta Médica, que será 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.

**21 – RELAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS – GUIA MÉDICO**

O Guia Médico, na internet, no endereço www.AQQUER.com.br ou pode ser consultado pelo telefone (65) 3624-4416 ou em sua sede administrativa à Rua Barão de Melgaço, 2754 – 4º andar, sala 406 – Edifício Work Tower, Centro-Sul, Cuiabá-MT.

A versão impressa somente será fornecida mediante solicitação do beneficiário.

**22 – COPARTICIPAÇÃO**

Coparticipação é a participação do beneficiário no custeio dos procedimentos/eventos utilizados.

Ela tem como objetivos: promover a utilização racional do plano; permitir a oferta de planos com mensalidades mais acessíveis e contribuir para que o plano tenha reajustes menores.

Os valores de coparticipação que serão cobrados estão descritos no item 9.6 e 9.7 do Termo de Adesão e Responsabilidade.

**23 – PREÇO**

Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são preestabelecidos, ou seja, o valor da mensalidade é de conhecimento prévio do beneficiário.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

O pagamento da mensalidade, independente da data do mês escolhida, garante a cobertura de 01 a 30 do mês de pagamento.

Os valores de mensalidade constam nos itens 11.2 e 21, do **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**.

Pelo atraso no pagamento, 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.

O atraso de 10 dias no pagamento da mensalidade causa a suspensão imediata do atendimento e o atraso por 30 dias resulta no cancelamento do plano.

Ainda poderá ocorrer a inclusão do nome do beneficiário titular nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal.

## 24 – REAJUSTE ANUAL

O plano será reajustado anualmente, sempre no mês previsto no item VII, do **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**.

O índice de inflação adotado é o Índice da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE Saúde, acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

O equilíbrio do plano também será analisado, podendo resultar em índice complementar de reajuste a ser aplicado em composição com o índice de inflação.

O percentual a ser aplicado será negociado diretamente com a entidade ou instituição que representa os beneficiários, única parte legítima para tal.

## 25 – FAIXAS ETÁRIAS E SUA VARIAÇÃO PERCENTUAL

Quando do aniversário do beneficiário inscrito, se houver deslocamento para a faixa etária superior, a mensalidade, será reajustada automaticamente, no mês seguinte, 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% |



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 26 – PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário ocorrerá nas seguintes situações:

I – Por solicitação formal da entidade ou instituição;
II – Pela perda do vínculo do titular com a entidade ou instituição;
III – Pela perda da condição de dependência, por:
a) Cônjuge/Companheiro(a): Quando do divórcio ou separação judicial;
b) Filho: Ao completar a idade limite;
c) Filho: Quando do casamento ou união estável, na forma da lei;
d) Todos os dependentes: No caso de morte do titular.
IV – Fraude devidamente comprovada.

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

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

Os beneficiários titulares que perderem o vínculo com a entidade ou instituição e os beneficiários que perderem a condição de dependência poderão requerer a Portabilidade de Carências, em até 60 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.

## 27 – RESCISÃO DO CONTRATO.

O contrato celebrado entre a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA** e a entidade ou instituição poderá ser rescindido motivadamente, a qualquer tempo, no caso de:

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

A rescisão do contrato produz efeito em relação a todo beneficiário nele inscrito.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 28 – DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato celebrado entre a **AQQUER** e a entidade ou instituição, poderá ser rescindido, por qualquer das partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, desde que esteja em dia com suas obrigações.

Cabe à entidade ou instituição informar os beneficiários inscritos sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil para o exercício da Portabilidade de Carências.

## 29 – DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Os beneficiários, por intermédio da entidade ou instituição e da **AQQUER,** autorizam a **FEDERAÇÃO MT** 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.

A **AQQUER** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo beneficiário com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não.

As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente, relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e à Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD.

Integram os documentos do plano, 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.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

Este Regulamento/Material Explicativo não substitui ou invalida as cláusulas do contrato celebrado com a entidade ou instituição e nem do **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar** assinado pelo titular do plano.

**28 – VIAS DE CONTATO**

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar para informações, esclarecimento de dúvidas ou reclamações:

- ✓ Av. Augusto Severo, 84 – Glória, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20021-040;
- ✓ Telefone 0800-7019656;
- ✓ Site www.ans.gov.br.

PROCON MUNICIPAL DE CUIABÁ: telefone 151.

AQQUER ADMINISTRADORA:

- ✓ Rua Barão de Melgaço, 2754, 4º andar, sala 406, Edifício Work Tower, Bairro Centro Sul;
- ✓ Telefone: (65) 3624-4416;
- ✓ WhatsApp: (65) 99283-5256;
- ✓ SAC: 0800.887.0867;
- ✓ Portal na Internet: www.aqquer.com.br

OUVIDORIA AQQUER: site www.aqquer.com.br

Para qualquer problema que tenha e sua jornada, entre em contato conosco que resolvemos!
**Bem Vindo à AQQUER ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS!**

## ANEXO VIII

## MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE – MPS

Site: www.aqquer.com.br Tel.: (65) 3624-4416

**Diferenças entre planos individuais e coletivos**

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

**Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde**

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2
65 3624-4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

<table>
<tr><th></th><th>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</th><th colspan="2">PLANOS COLETIVOS</th></tr>
<tr><td rowspan="4">CARÊNCIA</td><td rowspan="4">É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei nº 9.656/98: 24 h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</td></tr>
<tr><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td colspan="3">Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora do plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</td><td rowspan="3">Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas dos procedimentos de alta complexidade,</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</td></tr>
<tr><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial</td></tr>
</table>



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | | | |
|---|---|---|---|
| | internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.<br>A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007. | | Temporária (CPT) ou Agravo. |
| | | Coletivo por Adesão | |
| | | É permitida a aplicação de Cobertura parcial (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes. | |

| | |
|---|---|
| MECANISMOS DE REGULAÇÃO | É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver precisão no contrato. |

| | | |
|---|---|---|
| REAJUSTE | Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.<br>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária e o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003. | Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação do reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.<br>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.<br>Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.<br>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da |



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | | |
|---|---|---|
| | | alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003. |

| | |
|---|---|
| ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO | Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS. |

| | | |
|---|---|---|
| VIGÊNCIA | A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática. | A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática. |

| | | |
|---|---|---|
| REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO | Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência. | Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.<br>A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.<br>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência. |

**Perda de condição de beneficiário nos planos coletivos**

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

**Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº.9656/98, nos planos coletivos empresariais**

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.
Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

**Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial**
Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.
A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.
O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício para contratar, junto a operadora, o plano individual ou familiar.
Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

**Cobertura e segmentação assistencial**
Define o tipo de assistência a qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24 h em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.
A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.
**Abrangência geográfica**
Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

**Área de Atuação**
É 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.
É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

**Administradora de Benefícios**
Quando houve participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.
Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data da celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 MANUAL NÃO SUBSTITIU A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar DISQUE ANS: 0800 7019656

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

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

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

## ANEXO IX

## Guia de Leitura Contratual – GLC

Site: www.AQQUER.com.br Tel.: (65) 3624-4416

| Guia de Leitura Contratual | | Página do Contrato ou Termo |
|---|---|---|
| CONTRATAÇÃO | Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial. | 2 |
| 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. | 2 |
| PADRÃO DE ACOMODAÇÃO | Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual. | 2 |
| ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO | Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência a saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que | 2 |



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | | |
|---|---|---|
| | compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. | |
| COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS | É o conjunto a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito. | Condições Gerais no site da AQQUER |
| EXCLUSÕES DE COBERTURAS | É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. | Condições Gerais no site da AQQUER |
| 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. | Condições Gerais no site da AQQUER |
| CARÊNCIA | Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP. | 4 |
| MECANISMO 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. | 4 |
| VIGÊNCIA | Define o período em que vigorará o contrato. | 1 |
| RESCISÃO/ SUSPENSÃO | A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato. | 5 |
| REAJUSTE | O reajuste por variação de custos é o aumento anual da mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário. | 1 |
| CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9656/1998) | 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 | 6 |



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | | |
|---|---|---|
| | oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação. | |

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 SUBSTITIU A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

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

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar DISQUE ANS: 0800 701 9656

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

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

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

| Protocolo - Ciente e recebido por: | Data: | Assinatura: |
|---|---|---|
| | | |

## ANEXO X

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES

**Anexo ao Contrato nº _____**

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, em seu Art. 14º, §1º, define que o tratamento de dados pessoais de crianças e/ou adolescentes deverá ser realizado com o consentimento específico e em destaque dado por, pelo menos, um dos pais ou responsável legal.

Com o objetivo de preservar o melhor interesse da criança e do adolescente, como beneficiário titular do Plano de saúde, sendo um dos pais ou responsável legal, desejo incluir o(s) menor(es) como meu(s) dependente(s), autorizando expressamente a coleta e o tratamento de seus dados pessoais através deste Termo.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 1. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nome:** | | | **Grau de Parentesco com o(s) menor(es):** |
| **Nº Documento de Identidade:** | **Órgão expedidor:** | **Data da Expedição:** | **Nº CPF:** |

## 2. DADOS DO(S) DEPENDENTE(S) MENOR(ES)

| | | |
|---|---|---|
| **3.1 - Nome:** | **Data Nascimento:** | **Nº CPF:** |
| | | |
| **3.2 - Nome:** | **Data Nascimento:** | **Nº CPF:** |
| | | |
| **3.3 - Nome:** | **Data Nascimento:** | **Nº CPF:** |

**Na qualidade de responsável legal, declaro que:**

I. Estou ciente que os dados pessoais do(s) meu(s) dependente(s) menores(s) de idade como, mas sem se limitar, nome, sexo, grau de parentesco, data de nascimento, naturalidade, CPF, documento de identidade, filiação, estado civil, número do Cadastro Nacional de Saúde (CNS), poderão ser coletadas pela **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** e compartilhadas com a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO e suas filiadas**, estritamente para o cumprimento de sua finalidade nos termos

II. do presente Contrato de Plano de Saúde e/ou para o cumprimento das suas obrigações legais, conforme permitido pela lei aplicável.

III. Estou ciente que a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO E SUAS FILIADAS**, tratam apenas os dados pessoais de crianças e adolescentes que são necessários para o cumprimento da finalidade contratual, sem a possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com esses fins.

IV. Estou ciente que as informações pessoais coletadas do(s) meu(s) dependente(s) menor(es) são necessárias para o fornecimento dos serviços de saúde contratados e o não fornecimento dessas informações ou a revogação deste Termo pode comprometer/impossibilitar a execução deste Contrato.

V. Estou ciente que em nenhum caso as informações pessoais do(s) dependente(s) menor(es) de idade serão compartilhadas com terceiros estranhos à relação contratual, sem a minha declaração de consentimento posterior.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**Assim, na qualidade de responsável legal:**

Autorizo expressamente a coleta das informações pessoais necessárias e adequadas para a execução do Contrato de nº XXX, do(s) meu(s) dependente(s) menor(es) de idade, sem possibilidade de qualquer tipo de tratamento posterior de forma incompatível com esse fim.

Cuiabá-MT, ____ de _____ 202____.

**Assinatura do pai ou responsável legal:**
**CPF:**

**UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO ESSENCIAL**

**CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**

**QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

**DA QUALIFICAÇÃO DA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO CONVENENTE**

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no **CNPJ sob nº 23.441.944/0001-57,** situada à Rua da Mangueira nº 253, Bairro: Jardim Shangri-lá – Cuiabá -MT, CEP: 78.070-140, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social e Ata de Eleição e Termo de Posse da atual Diretoria, doravante denominado simplesmente como **CREF 17/ MT.**

**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.**

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42169

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 1 – DADOS DO PRODUTO REGISTRADO NA ANS:

- **Nome Comercial**: UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO ESSENCIAL
- **Registro na ANS**: nº. 486.815/20-3
- **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 (Enfermaria)
- **Formação do Preço**: Preestabelecida
- **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**.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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:

a) o cônjuge;
b) o filho, solteiro até 35 (trinta e cinco) anos incompletos;
c) o enteado, o menor, sob a guarda, definitiva ou provisória por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados a filho;
d) o companheiro(a), inclusive do mesmo sexo, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) 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 o **CREF 17/ MT**, implica, automaticamente, em sua exclusão e na exclusão de todos os seus dependentes.



**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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.** pelo **CREF 17/ MT**, que, atendidas todas as condições de admissão, integrará este contrato para todos os fins de direito.

3.5.2 – O **CREF 17/ MT** responsabiliza-se pela veracidade das informações, fornecendo cópia simples dos documentos comprobatórios, em especial do vínculo dos beneficiários, a saber:

a) Documento de Identidade, válido quando for o caso;
b) Cadastro de Pessoa Física – CPF;
c) Comprovante de Residência (máximo 3 meses);
d) Certidão de casamento ou declaração de união estável;
e) Certidão de nascimento, para os dependentes menores de idade que não possuam documento de identidade;
f) Cartão Nacional de Saúde – CNS;
g) Comprovante do vínculo do beneficiário com o **CREF 17/ MT**;
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, no **CREF 17/ MT** 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.



ANS - nº 42165-6

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 ao **CREF 17/MT**, 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;



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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/10º 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,



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 contraindicação 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.



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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;


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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;**



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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;**



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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**



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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, Cetro 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 – Joinvile; 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**



ANS - nº 42165-2

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 assuma 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**.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 (tinta) 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


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 clausula.**

## 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.



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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:

a) 3 (três) dias úteis para os serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial;
b) 10 (dez) dias úteis para e Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, ou atendimento em regime de internação eletiva; e
c) 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) 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.



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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.unimedmt.coop.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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.**



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 obstetrícia, 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;



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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:

a) 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;
b) 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;
c) 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;
d) 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;
e) 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.


65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| ETÁRIA | VALOR |
|---|---|
| 0 a 18 anos | R$ 315,40 |
| 19 a 23 anos | R$ 358,60 |
| 24 a 28 anos | R$ 413,19 |
| 29 a 33 anos | R$ 526,15 |
| 34 a 38 anos | R$ 612,86 |
| 39 a 43 anos | R$ 710,86 |
| 44 a 48 anos | R$ 808,09 |
| 49 a 53 anos | R$ 903,77 |
| 54 a 58 anos | R$ 1.176,07 |
| 59 anos ou mais | R$ 1.752,48 |

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 1° (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.



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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 convenente 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 (35 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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 convenente 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 **CREF 17/ MT**, no caso de:

a) ocorrência de qualquer ato fraudulento praticado pelos prepostos do **CREF 17/ MT** 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 o **CREF 17/ MT** no plano;
g) não atualização dos dados cadastrais, pelo **CREF 17/ MT**, 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 **CREF 17/ MT**, 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.


**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 ao **CREF 17/ MT** 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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

25.5 – O **CREF 17/ MT** 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**



ANS - nº 42165-6
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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 consequentemente 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 **UNIMED 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:

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

Onde:
$R_{técnico}$ = 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:

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

Onde:
IRT = Índice de Reajuste Total
28.3 – Qualquer reajuste no contrato será comunicado à ANS, nos prazos e condições por ela estabelecidos.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 FEDERAÇÃO 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 resilição 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 do CREF 17/ MT que os representa**,** autorizam a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS 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.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 e Tabela de Preços;
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 da Declaração de Saúde;
Anexo VI – Declaração de Aceitação da Cobertura Parcial Temporária (CPT);
Anexo VII – Material Explicativo dos Planos;
Anexo VIII – Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
Anexo IX – Guia de Leitura Contratual (GLC);
Anexo X – Termo de Consentimento para o Tratamento de Dados Pessoais de Crianças e/ou Adolescentes.

**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**.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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 BENEFICIOS 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.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 ao CREF 17/ MT através do e-mail:** assessoria@cref17.org.br

## 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.



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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, _____ de _____ de 2026.** Assinado em 23/03/2026 às 12:35:05

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**ENTIDADE CONVENENTE**

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO - CREF 17/ MT**

Fabi Moraes

Fabiane Vivian de Moraes Martins
Presidente
CPF: 017.635.321-60

**ADMINISTRADORA ESTIPULANTE**
AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA

Cesar Henrique Souza Crespo

| | |
|---|---|
| Antônio Flávio Dias Moreira | César Henrique Souza Crespo |
| CPF: 237.965.100-00 | CPF: 738.646.926-87 |

**OPERADORA CONTRATADA**
UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO

FLAVIA LUCIA BITTAR GONCALVES

Dra. Flávia Lucia Bittar Gonçalves
Diretora Presidente

Darcyane A C Faria

Dr. Darcyane de Assis Cavalcante Faria
Diretora Financeira

**TESTEMUNHAS:**

RAFAELLA MARTINS TEODORO

**Nome completo: Rafaella Martins Teodoro**
**CPF: 709.437.451-87**

Flávia R Silva

**Nome completo: Flávia Rezende Silva**
**CPF: 020.349.861-56**



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO MAIS**

**CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**

**QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

**DA QUALIFICAÇÃO DA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO CONVENENTE**

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no **CNPJ sob nº 23.441.944/0001-57,** situada à Rua da Mangueira nº 253, Bairro: Jardim Shangri-lá – Cuiabá -MT, CEP: 78.070-140, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social e Ata de Eleição e Termo de Posse da atual Diretoria, doravante denominado simplesmente como **CREF 17/ MT.**

**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**: Individual (Apartamento)
- **Formação do Preço**: Preestabelecida
- **Serviços e Coberturas Adicionais**: Não há



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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 o **CREF 17/ MT**.

### 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:

f) o cônjuge;
g) o filho, solteiro até 35 (trinta e cinco) anos;
h) o enteado, o menor, sob a guarda, definitiva ou provisória por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados a filho;



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

i) o companheiro(a), inclusive do mesmo sexo, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
j) 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 o **CREF 17/ MT**, 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.** Pelo **CREF 17/ MT**, que, atendidas todas as condições de admissão, integrará este contrato para todos os fins de direito.

3.5.2 – O **CREF 17/ MT** responsabiliza-se pela veracidade das informações, fornecendo cópia simples dos documentos comprobatórios, em especial do vínculo dos beneficiários, a saber:

j) Documento de Identidade, válido quando for o caso;
k) Cadastro de Pessoa Física – CPF;
l) Comprovante de Residência (máximo 3 meses);

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aquer@aquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

m) Certidão de casamento ou declaração de união estável;
n) Certidão de nascimento, para os dependentes menores de idade que não possuam documento de identidade;
o) Cartão Nacional de Saúde – CNS;
p) Comprovante do vínculo do beneficiário com o **CREF 17/ MT**;
q) **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**; e
r) 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, o **CREF 17/ MT** 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 ao **CREF 17/ MT**, 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.



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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**



ANS - nº 42165-6
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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:

n) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes cobertos, exceto medicação de manutenção;
o) 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;
p) Embolizações, em ambiente hospitalar;
q) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
r) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
s) Hemoterapia;
t) Nutrição parenteral e enteral, em ambiente hospitalar;
u) Procedimentos de hemodinâmica;
v) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
w) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
x) Quimioterapia oncológica;
y) Radiologia intervencionista;
z) 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/10º 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



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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:

d) Inclui o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;
e) 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



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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

f) 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 contraindicação 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



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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;**



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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*;**



**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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;**



ANS - nº 42165-2

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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, Cetro 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**

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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 – Joinvile; 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;



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 assuma 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**.


**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.**


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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 (tinta) 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 clausula.**

## 9 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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:

a) 3 (três) dias úteis para os serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial;
b) 10 (dez) dias úteis para e Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, ou atendimento em regime de internação eletiva; e
c) 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) 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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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:



**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| 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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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;



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 obstetrícia, 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:


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

a) 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;
b) 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;
c) 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;
d) 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;
e) 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 | R$ 315,40 |
| 19 a 23 anos | R$ 358,60 |
| 24 a 28 anos | R$ 413,19 |
| 29 a 33 anos | R$ 526,15 |
| 34 a 38 anos | R$ 612,86 |
| 39 a 43 anos | R$ 710,86 |
| 44 a 48 anos | R$ 808,09 |
| 49 a 53 anos | R$ 903,77 |
| 54 a 58 anos | R$ 1.176,07 |
| 59 anos ou mais | R$ 1.752,48 |


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 1° (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% |

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-9
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | |
|---|---|
| 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 convenente 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 (35 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 convenente 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 do CREF 17/ MT ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 o **CREF 17/ MT** no plano;
g) não atualização dos dados cadastrais, pelo **CREF 17/ MT**, 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 **CREF 17/ MT**, 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 ao **CREF 17/ MT** 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.



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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 – O **CREF 17/ MT** 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.



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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$).



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

II – Tendo em vista a utilização através do SUS e consequentemente 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 **UNIMED 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:

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

Onde:
$R_{técnico}$ = 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:

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

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 FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** adotará este novo período.

**29 – DISPOSIÇÕES GERAIS**



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 do **CREF 17/ MT,** na hipótese de rescisão, resolução ou resilição 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 do **CREF 17/ MT** que os representa**,** autorizam a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS 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.



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 e Tabela de Preços;
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 da Declaração de Saúde;
Anexo VI – A Declaração de Aceitação da Cobertura Parcial Temporária (CPT);
Anexo VII – Material Explicativo dos Planos;
Anexo VIII – Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
Anexo IX – Guia de Leitura Contratual (GLC);
Anexo X – Termo de Consentimento para o Tratamento de Dados Pessoais de Crianças e/ou Adolescentes.

**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**
   a. Site www.unimedmt.coop.br
   b. 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**


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**GROSSO**, no endereço http://www.unimedmt.coop.br ou da **AQQUER- ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS 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



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 ao CREF 17/ MT através do e-mail:assessoria@cref17.org.br**

## 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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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, _____ de _____ de 2026.** Assinado em 23/03/2026 às 12:35:05

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**ENTIDADE CONVENENTE**

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO - CREF 17/ MT**

Fabi Moraes

Fabiane Vivian de Moraes Martins
Presidente
CPF: 017.635.321-60

**ADMINISTRADORA ESTIPULANTE**
AQQUER ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA

Cesar Henrique Souza Crespo

| | |
|---|---|
| Antônio Flávio Dias Moreira | César Henrique Souza Crespo |
| CPF: 237.965.100-00 | CPF: 738.646.926-87 |

**OPERADORA CONTRATADA**
UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO

FLAVIA LUCIA BITTAR GONCALVES

Dra. Flávia Lucia Bittar Gonçalves
Diretora Presidente

Darcyane A C Faria

Dr. Darcyane de Assis Cavalcante Faria
Diretora Financeira

**TESTEMUNHAS:**

RAFAELLA MARTINS TEODORO

**Nome completo: Rafaella Martins Teodoro**
**CPF: 709.437.451-87**

Flávia R Silva

**Nome completo: Flávia Rezende Silva**
**CPF: 020.349.861-56**

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**UNIMED FEDERATIVO BRASIL ESSENCIAL**

**CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**

**QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

**DA QUALIFICAÇÃO DA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO CONVENENTE**

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no **CNPJ sob nº 23.441.944/0001-57,** situada à Rua da Mangueira nº 253, Bairro: Jardim Shangri-lá – Cuiabá -MT, CEP: 78.070-140, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social e Ata de Eleição e Termo de Posse da atual Diretoria, doravante denominado simplesmente como **CREF 17/ MT.**

**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 BRASIL ESSENCIAL
- **Registro na ANS**: nº. 487.122/20-7
- **Tipo de Contratação**: Coletivo por Adesão
- **Segmentação Assistencial**: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia - AHOb
- **Área Geográfica de Abrangência**: Nacional
- **Área de Atuação**: Todos os municípios do território nacional
- **Padrão de Acomodação na Internação**: Coletiva (Enfermaria)
- **Formação do Preço**: Preestabelecida
- **Serviços e Coberturas Adicionais**: Não há



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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:

a) o cônjuge;
b) o filho, solteiro até 35 (trinta e cinco) anos;
c) o enteado, o menor, sob a guarda, definitiva ou provisória por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados a filho;



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

d) o companheiro(a), inclusive do mesmo sexo, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) 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 o **CREF 17/ MT**, 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.** pelo **CREF 17/ MT**, que, atendidas todas as condições de admissão, integrará este contrato para todos os fins de direito.

3.5.2 – O **CREF 17/ MT** responsabiliza-se pela veracidade das informações, fornecendo cópia simples dos documentos comprobatórios, em especial do vínculo dos beneficiários, a saber:

a) Documento de Identidade, válido quando for o caso;
b) Cadastro de Pessoa Física – CPF;
c) Comprovante de Residência (máximo 3 meses);
d) Certidão de casamento ou declaração de união estável;



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

e) Certidão de nascimento, para os dependentes menores de idade que não possuam documento de identidade;
f) Cartão Nacional de Saúde – CNS;
g) Comprovante do vínculo do beneficiário com o **CREF 17/ MT**;
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, o **CREF 17/ MT** 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 o **CREF 17/ MT**, 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.



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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;



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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/10º 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.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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;


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 contraindicação 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.


65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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;**



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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);**



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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;**



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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, Cetro Centro Especializado em Traumatologia, Hca Hospital das Clínicas de Alagoinha, Hospital Jorge Valente, Hospital Jaar Andrade, Hospital Santa Helena Camaçari,**



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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 – Joinvile; 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



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 assuma 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



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.**



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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 (tinta) 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 clausula.**



ANS - nº 42165-6

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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:

a) 3 (três) dias úteis para os serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial;
b) 10 (dez) dias úteis para e Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, ou atendimento em regime de internação eletiva; e
c) 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:

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


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

d) 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



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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;



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 obstetrícia, 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.



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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:

a) 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;
b) 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;
c) 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;
d) 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;
e) 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 | R$ 381,53 |
| 19 a 23 anos | R$ 433,80 |
| 24 a 28 anos | R$ 499,84 |
| 29 a 33 anos | R$ 636,49 |
| 34 a 38 anos | R$ 741,38 |
| 39 a 43 anos | R$ 859,94 |
| 44 a 48 anos | R$ 977,56 |
| 49 a 53 anos | R$ 1.093,31 |
| 54 a 58 anos | R$ 1.422,72 |
| 59 anos ou mais | R$ 2.120,00 |


ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 1° (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% |

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes







Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | |
|---|---|
| 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 convenente 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 (35 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 convenente 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 do CREF 17/ MT ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 o **CREF 17/ MT** no plano;
g) não atualização dos dados cadastrais, pelo **CREF 17/ MT**, 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 **CREF 17/ MT**, 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 ao **CREF 17/ MT** 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.



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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 – O **CREF 17/ MT** 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.



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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$).



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

II – Tendo em vista a utilização através do SUS e consequentemente 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 **UNIMED 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:

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

Onde:
$R_{técnico}$ = 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:

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

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 FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** adotará este novo período.

**29 – DISPOSIÇÕES GERAIS**



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 do **CREF 17/ MT**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição 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 do CREF 17/ MT que os representa**,** autorizam a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS 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.



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 e Tabela de Preços;
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 da Declaração de Saúde;
Anexo VI – Declaração de Aceitação da Cobertura Parcial Temporária (CPT);
Anexo VII – Material Explicativo dos Planos;
Anexo VIII – Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
Anexo IX – Guia de Leitura Contratual (GLC);
Anexo X – Termo de Consentimento para o Tratamento de Dados Pessoais de Crianças e/ou Adolescentes.

**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**
    a. Site www.unimedmt.coop.br
    b. 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 BENEFICIOS LTDA,** no endereço www.aqquer.com.br e ficarão acessíveis pelo período de 180 (cento e oitenta) dias.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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,



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 o CREF 17/ MT através do e-mail :** assessoria@cref17.org.br

## 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

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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, _____ de _____ de 2026.** Assinado em 23/03/2026 às 12:35:05

**ENTIDADE CONVENENTE**

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO - CREF 17/ MT**

Fabi Moraes

Fabiane Vivian de Moraes Martins
Presidente
CPF: 017.635.321-60

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**ADMINISTRADORA ESTIPULANTE**
AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA

Cesar Henrique Souza Crespo

| | |
|---|---|
| Antônio Flávio Dias Moreira | César Henrique Souza Crespo |
| CPF: 237.965.100-00 | CPF: 738.646.926-87 |

**OPERADORA CONTRATADA**
UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO

FLAVIA LUCIA BITTAR GONCALVES

Dra. Flávia Lucia Bittar Gonçalves
Diretora Presidente

Darcyane A C Faria

Dr. Darcyane de Assis Cavalcante Faria
Diretora Financeira

**TESTEMUNHAS:**

RAFAELLA MARTINS TEODORO

**Nome completo: Rafaella Martins Teodoro**
**CPF: 709.437.451-87**

Flávia R Silva

**Nome completo: Flávia Rezende Silva**
**CPF: 020.349.861-56**

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**UNIMED FEDERATIVO BRASIL MAIS**

**CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**

**QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

**DA QUALIFICAÇÃO DA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO CONVENENTE**

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no **CNPJ sob nº 23.441.944/0001-57,** situada à Rua da Mangueira nº 253, Bairro: Jardim Shangri-lá – Cuiabá -MT, CEP: 78.070-140, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social e Ata de Eleição e Termo de Posse da atual Diretoria, doravante denominado simplesmente como **CREF 17/ MT.**

**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 BRASIL MAIS
- **Registro na ANS**: nº. 487.123/20-5
- **Tipo de Contratação**: Coletivo por Adesão
- **Segmentação Assistencial**: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia - AHOb
- **Área Geográfica de Abrangência**: Nacional
- **Área de Atuação**: Todos os municípios do território nacional
- **Padrão de Acomodação na Internação**: Individual (Apartamento)
- **Formação do Preço**: Preestabelecida
- **Serviços e Coberturas Adicionais**: Não há



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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:

a) o cônjuge;
b) o filho, solteiro até 35 (trinta e cinco) anos;
c) o enteado, o menor, sob a guarda, definitiva ou provisória por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados a filho;


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

d) o companheiro(a), inclusive do mesmo sexo, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) 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 o **CREF 17/ MT**, 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.** Pelo **CREF 17/ MT**, 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:

a) Documento de Identidade, válido quando for o caso;
b) Cadastro de Pessoa Física – CPF;
c) Comprovante de Residência (máximo 3 meses);
d) Certidão de casamento ou declaração de união estável;


ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

e) Certidão de nascimento, para os dependentes menores de idade que não possuam documento de identidade;
f) Cartão Nacional de Saúde – CNS;
g) Comprovante do vínculo do beneficiário com o **CREF 17/ MT**;
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, o **CREF 17/ MT** 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 o **CREF 17/ MT**, 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.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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;



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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/10º 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


65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 contraindicação 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


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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;**


65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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:**

**e) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;**

**f) idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade;**

**g) portadores de deficiência, conforme indicação do médico assistente;**

**h) 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*;**



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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;**


ANS - nº 42165-9
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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, Cetro 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;**



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 – Joinvile; 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

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 assuma 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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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;



ANS - nº 42165-6
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 (tinta) 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 clausula.**

## 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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

## 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:

a) 3 (três) dias úteis para os serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial;
b) 10 (dez) dias úteis para e Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, ou atendimento em regime de internação eletiva; e
c) 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) 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



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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,



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 |


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

| | | |
|---|---|---|
| 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;

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165-2
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 obstetrícia, 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:

a) 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;
b) 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;
c) 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;
d) 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


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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;

e) 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 | R$ 496,27 |
| 19 a 23 anos | R$ 564,27 |
| 24 a 28 anos | R$ 650,14 |
| 29 a 33 anos | R$ 827,89 |
| 34 a 38 anos | R$ 964,33 |
| 39 a 43 anos | R$ 1.118,52 |
| 44 a 48 anos | R$ 1.271,53 |
| 49 a 53 anos | R$ 1.422,10 |
| 54 a 58 anos | R$ 1.850,57 |
| 59 anos ou mais | R$ 2.757,53 |

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 1° (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.



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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.



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 convenente 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 (35 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 convenente 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 do CREF 17/ MT 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 o **CREF 17/ MT** no plano;
g) não atualização dos dados cadastrais, pelo **CREF 17/ MT**, quando expressamente solicitado ou ainda em até 30 dias após a ocorrência;

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 **CREF 17/ MT**, 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 o **CREF 17/ MT** 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;



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 – O **CREF 17/ MT** 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.


Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 consequentemente 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 **UNIMED 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:



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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

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

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:

e) 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;
f) 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;
g) 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;
h) No caso da legislação autorizar reajuste em período inferior a 12 (doze) meses a **UNIMED FEDERAÇÃO 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.



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

29.4 – É obrigação do **CREF 17/ MT,** na hipótese de rescisão, resolução ou resilição 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 do CREF 17/ MT que os representa**,** autorizam a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS 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 e Tabela de Preços;
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 da Declaração de Saúde;
Anexo VI – A Declaração de Aceitação da Cobertura Parcial Temporária (CPT);
Anexo VII – Material Explicativo dos Planos;
Anexo VIII – Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
Anexo IX – Guia de Leitura Contratual (GLC);
Anexo X – Termo de Consentimento para o Tratamento de Dados Pessoais de Crianças e/ou Adolescentes.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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**
   a. Site www.unimedmt.coop.br
   b. 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 BENEFICIOS 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.



Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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 o CREF 17/ MT através do e-mail : assessoria**@cref17.org.br

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**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.

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165
65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br
Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

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, _____ de _____ 2026.** Assinado em 23/03/2026 às 12:35:05

**ENTIDADE CONVENENTE**

**CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 17ª REGIÃO DE MATO GROSSO - CREF 17/ MT**

Fabi Moraes

Fabiane Vivian de Moraes Martins
Presidente
CPF: 017.635.321-60

**ADMINISTRADORA ESTIPULANTE**
AQQUER ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA

Cesar Henrique Souza Crespo

| | |
|---|---|
| Antônio Flávio Dias Moreira | César Henrique Souza Crespo |
| CPF: 237.965.100-00 | CPF: 738.646.926-87 |

**OPERADORA CONTRATADA**
UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO

FLAVIA LUCIA BITTAR GONCALVES

Darcyane A C Faria

Dra. Flávia Lucia Bittar Gonçalves
Diretora Presidente

Dr. Darcyane de Assis Cavalcante Faria
Diretora Financeira

CHSC DACF FLBG Fabi Moraes



ANS - nº 42165

65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

**TESTEMUNHAS:**

RAFAELLA MARTINS TEODORO

Flávia R Silva

**Nome completo: Rafaella Martins Teodoro**
**CPF: 709.437.451-87**

**Nome completo: Flávia Rezende Silva**
**CPF: 020.349.861-56**

CHSC

DACF

FLBG

Fabi Moraes



65 3624 4416 | aqquer@aqquer.com.br | aqquer.com.br

**Documento assinado eletronicamente nos moldes do art. 10 da MP 2200/01 e Lei 14063/20**
[Hash SHA256] 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81

Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
**Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON) em 24/03/2026 às 10:32:42**

## Contrato Convênio - CREF 17

Data e Hora de Criação: 23/03/2026 às 11:11:08

**Documentos que originaram esse envelope:**
- Contrato Convênio - CREF 17.pdf (Arquivo PDF) - 195 página(s)

### Hashs únicas referente à esse envelope de documentos

[SHA256]: 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81
[SHA512]: 14e34f5bceccb4f20558f4983e8ec094f96aa10f9a16d858f2f9e5a80012d141c32c7dc97b70e21c3e26a0aff032d1ebbb1c83abf1394964bbf78c204b8fc605

### Lista de assinaturas solicitadas e associadas à esse envelope

**ASSINADO - Antonio Flavio Dias Moreira (aflamoreira@terra.com.br)**
Data/Hora: 23/03/2026 - 12:56:29, IP: 201.71.175.108, Geolocalização: [-15.542717, -56.099389]
[SHA256]: 0fe5aa6e9a4e0ba77f64ebaf7725ff730c732ebbc78e9471cbddc6d74457b7aa
Assinatura Eletrônica Avançada (Conforme Lei nº 14.063/20, art. 4º, II)

**ASSINADO - Fabiana Vivian (assessoria@cref17.org.br)**
Data/Hora: 23/03/2026 - 16:32:20, IP: 177.135.244.42, Geolocalização: [-15.624639, -56.058459]
[SHA256]: ba78b29a9d943f9964683afd2a703d8fb80c81b97bfa6f2707a94f2937d45099
Assinatura Eletrônica Avançada (Conforme Lei nº 14.063/20, art. 4º, II)

**ASSINADO - Cesar Henrique Souza Crespo (cesar.crespo@aqquer.com.br)**
Data/Hora: 23/03/2026 - 12:14:48, IP: 187.183.170.130
[SHA256]: d935efdd9dfbea0f8551ddfb13c15e1c84851f6ec870d5309a53b8f4b0ac6e70
Assinatura Eletrônica Avançada (Conforme Lei nº 14.063/20, art. 4º, II)

**ASSINADO - Darcyane de Assis Cavalcante Faria (darcyassiscavalcante@hotmail.com)**
Data/Hora: 24/03/2026 - 10:32:42, IP: 177.174.237.98, Geolocalização: [-15.895957, -52.260829]
[SHA256]: 965a69fce87ea8ce58ffddc022f89727682e9da4aa0aaa5646db3d00cdc515d0
Assinatura Eletrônica Avançada (Conforme Lei nº 14.063/20, art. 4º, II)

**ASSINADO - Flavia Lucia Bittar Goncalves (f_bittar@terra.com.br)**
Data/Hora: 24/03/2026 - 09:39:46, IP: 177.174.231.6, Geolocalização: [-11.868030, -55.508450]
[SHA256]: 9e9f746b0bbb5c1cdd162da592291cd2d71f9701608fb134e7249faa352c0da4
Assinatura Eletrônica Avançada (Conforme Lei nº 14.063/20, art. 4º, II)

**ASSINADO - Flavia Rezende Silva (flavia.rezende@aqquer.com.br)**
Data/Hora: 23/03/2026 - 12:35:05, IP: 177.174.72.181, Geolocalização: [-15.6019, -56.1018]
[SHA256]: 687195bc2c9e3bd7869e5b2ab132158e893b278ca33be4162b4dce2438fe1301
Assinatura Eletrônica Avançada (Conforme Lei nº 14.063/20, art. 4º, II)

**ASSINADO - Rafaella Teodoro (rafaella.teodoro@aqquer.com.br)**
Data/Hora: 23/03/2026 - 17:28:30, IP: 177.174.72.181
[SHA256]: fb0a6ae8f0ff465ad5bd7341442eee0b2370702f717df6f708b66eae8cda1654
Assinatura Eletrônica Avançada (Conforme Lei nº 14.063/20, art. 4º, II)

### Histórico de eventos registrados neste envelope

24/03/2026 10:36:17 - Envelope finalizado por darcyassiscavalcante@hotmail.com, IP 177.174.237.98
24/03/2026 10:32:42 - Assinatura realizada por darcyassiscavalcante@hotmail.com, IP 177.174.237.98
24/03/2026 09:39:46 - Assinatura realizada por f_bittar@terra.com.br, IP 177.174.231.6
23/03/2026 17:28:30 - Assinatura realizada por rafaella.teodoro@aqquer.com.br, IP 177.174.72.181
23/03/2026 17:26:13 - Envelope visualizado por rafaella.teodoro@aqquer.com.br, IP 177.174.72.181
23/03/2026 16:32:20 - Assinatura realizada por assessoria@cref17.org.br, IP 177.135.244.42
23/03/2026 12:56:29 - Assinatura realizada por aflamoreira@terra.com.br, IP 201.71.175.108
23/03/2026 12:56:04 - Envelope visualizado por aflamoreira@terra.com.br, IP 201.71.175.108
23/03/2026 12:35:05 - Assinatura realizada por flavia.rezende@aqquer.com.br, IP 177.174.72.181

Documento assinado digitalmente em conformidade com o padrão ICP-Brasil e validado segundo as diretrizes do Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI), em atendimento à Medida Provisória nº 2.200-2/2001 e à Lei nº 14.063/2020.

Os registros de assinatura presentes nesse documento pertencem única e exclusivamente a esse envelope.
Documento final gerado e certificado por **AQQUER**

Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
**Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON) em**
**24/03/2026 às 10:32:42**

## Contrato Convênio - CREF 17

Data e Hora de Criação: 23/03/2026 às 11:11:08

**Documentos que originaram esse envelope:**
- Contrato Convênio - CREF 17.pdf (Arquivo PDF) - 195 página(s)

### Hashs únicas referente à esse envelope de documentos

[SHA256]: 0f962420bbb7dee8fe9ad26aa3dc31e41725b2d10e01a906320675f3d664cd81
[SHA512]: 14e34f5bceccb4f20558f4983e8ec094f96aa10f9a16d858f2f9e5a80012d141c32c7dc97b70e21c3e26a0aff032d1ebbb1c83abf1394964bbf78c204b8fc605

### Histórico de eventos registrados neste envelope

23/03/2026 12:33:48 - Envelope visualizado por flavia.rezende@aqquer.com.br, IP 177.174.72.181
23/03/2026 12:14:48 - Assinatura realizada por cesar.crespo@aqquer.com.br, IP 187.183.170.130
23/03/2026 11:53:22 - Envelope visualizado por cesar.crespo@aqquer.com.br, IP 187.183.170.130
23/03/2026 11:38:00 - Envelope registrado na Blockchain por aqquer@aqquer.com.br, IP 177.174.72.181
23/03/2026 11:36:57 - Envelope encaminhado para assinaturas por aqquer@aqquer.com.br, IP 177.174.72.181
23/03/2026 11:11:23 - Envelope criado por aqquer@aqquer.com.br, IP 177.174.72.181

Documento assinado digitalmente em conformidade com o padrão ICP-Brasil e validado segundo as diretrizes do Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI), em atendimento à Medida Provisória nº 2.200-2/2001 e à Lei nº 14.063/2020.

Os registros de assinatura presentes nesse documento pertencem única e exclusivamente a esse envelope.
Documento final gerado e certificado por **AQQUER**