

Unimax Nacional

Apartamento



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO HOSPITALARES

ANS - nº 303976

Unimed 
Belém

**CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
UNIMAX NACIONAL APARTAMENTO/OBSTETRÍCIA**

Registro do Produto na ANS:
467.262/12-3

Nº do Contrato:

1) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA:

UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de Direito Privado, com inscrição no CNPJ sob o nº 04.201.372/0001-37, com registro na ANS sob o nº 30397-6, com sede na Tv Curuzu, 2212, bairro Marco, Belém, Estado do Pará, cooperativa médica, neste ato representada por seus Diretores, na forma estatutária, a seguir denominada CONTRATADA.

2) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE conforme proposta de admissão

3) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS:

O presente plano é denominado comercialmente de UNIMAX NACIONAL APARTAMENTO e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 467.262/12-3.

4) TIPO DE CONTRATAÇÃO:

O tipo de contratação é INDIVIDUAL OU FAMILIAR.

5) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL:

A segmentação assistencial do presente plano é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

6) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA:

A área de abrangência desse contrato é classificada como NACIONAL, de acordo com regulamentação editada pela ANS.

7) ÁREA DE ATUAÇÃO:

Os serviços contratados serão prestados pela CONTRATADA dentro da área de atuação: exclusivamente dentro do território nacional, por meio da rede de prestadores referenciada neste contrato.

8) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

O presente plano de assistência à saúde tem cobertura médico- ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, em quarto privativo e CTI, se for o caso.

9) FORMAÇÃO DE PREÇO:

A formação de preço do contrato é preestabelecida.

INSTRUMENTO CONTRATUAL

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 É objeto do presente instrumento a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/98, visando a assistência médica hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), da Organização Mundial de Saúde, de acordo com o rol de procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento, nos limites e condições estipuladas a seguir, na rede própria ou referenciada para este plano.

1.2 Este instrumento materializa entre as partes um contrato particular de prestação de serviços médico-hospitalares, de adesão, bilateral, oneroso, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor (CDC), no que couber.

CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

2.2 Para efeito deste contrato, o TITULAR poderá ser o próprio CONTRATANTE ou quem ele indicar.

2.3 São usuários dependentes, em relação ao usuário titular:

a) O cônjuge;

- b) Filhos(as) solteiros, até 21 (vinte e um) anos;
 - c) Filhos(as) solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, quando, comprovadamente, cursando faculdade;
 - d) Filhos(as) solteiros(as) inválidos(as) e cônjuges inválidos(as), mediante comprovação de dependência pelo INSS;
 - e) Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil;
 - f) Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos e os enteados;
 - g) Equiparam-se aos filhos legítimos, o menor que, por decisão judicial esteja sob tutela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.
- 2.4 Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos de idade no momento de sua inscrição poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridos no Contrato pelo BENEFICIÁRIO adotante.
- 2.5 Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de BENEFICIÁRIO titular ou de dependente que tenha cumprido carência para parto a termo, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do pai ou da mãe.
- 2.5.1 Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de BENEFICIÁRIO titular ou de dependente que tenha cumprido carência para parto a termo, também é garantida a sua inscrição na CONTRATADA sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que seja inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção.
- 2.6 A inclusão do Titular e respectivos dependentes será processada através da Proposta de Admissão, que integrará este contrato para todos os fins de direito.
- 2.7 A CONTRATADA poderá proceder a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como solicitar, documentação probatória das declarações do CONTRATANTE.
- 2.8 O BENEFICIÁRIO que, tendo sido incluído no plano por atender às condições exigidas, deixar de satisfazê-las posteriormente, será notificado da exclusão que ocorrerá em 30 (trinta) dias e para firmar contrato em seu próprio nome.
- 2.9 O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias corridos a contar da data da perda do direito como BENEFICIÁRIO deste contrato, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 Coberturas Contratadas

- a) A CONTRATADA assegurará aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos e exclusivamente na rede referenciada para este contrato, a cobertura básica prevista neste Contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.
- b) A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.
- c) Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

d) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

e) 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, estão obrigatoriamente cobertos.

f) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

3.2 Cobertura Ambulatorial

a) A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

b) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e credenciadas pela CONTRATADA para este plano;

c) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, exclusivamente na rede referenciada da CONTRATADA para este plano.

d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, quando solicitada pelo médico assistente e de acordo com as indicações do profissional que irá realizá-las, na rede referenciada da CONTRATADA para este plano.

e) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, quando solicitada pelo médico assistente e de acordo com as indicações do profissional que irá realizá-las, na rede referenciada da CONTRATADA para este plano.

f) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, quando solicitada pelo médico assistente e de acordo com as indicações do profissional que irá realizá-las, na rede referenciada da CONTRATADA para este plano.

g) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

I. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

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

II. 1. Para fins de entendimento, esclarece-se que são definidos como adjuvantes, os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

II. 2. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

II.3 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;

II.4. Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

III. Radioterapia;

IV. Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

V. Hemoterapia ambulatorial;

VI. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

h) Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

I. Atividades educacionais;

II. Consultas de aconselhamento para planejamento familiar.

III. Atendimento clínico;

IV. Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);

V. Implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal, incluindo o dispositivo.

i) Os BENEFICIÁRIOS deste Contrato terão direito à cobertura de medicamentos registrados/regulamentados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.3 Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

A CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I. As internações de todas as modalidades serão autorizadas pela CONTRATADA sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e desde que sejam referenciadas pela CONTRATADA para este plano, independentemente de ser internação na acomodação contratada ou UTI - Unidade de Terapia Intensiva, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação.

II. É garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados para o plano.

III. É garantida a cobertura de despesas referentes a honorários médicos credenciados, a serviços gerais de enfermagem e a alimentação do paciente prescrita pelo médico assistente, em estabelecimentos referenciados para o plano.

IV. É de responsabilidade da CONTRATADA a cobertura dos exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar na rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

V. A CONTRATADA garantirá cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo os custos dos materiais utilizados, que se fizerem devidos durante a internação hospitalar que se adéque às condições de cobertura previstas nesse contrato.

VI. Fica garantida a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e a critério médico, de um estabelecimento hospitalar para outro (remoção inter-hospitalar), dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

VII. É garantida a cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, na rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

VIII. Tratando-se de BENEFICIÁRIO menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, a internação compreenderá despesas de acompanhante no hospital. As despesas relativas ao acompanhante incluem acomodação e alimentação.

IX. A alimentação do acompanhante seguirá o padrão de hotelaria do hospital em que se realiza a in-

ternação do paciente.

X. É assegurada a participação de profissional médico anesthesiologista credenciado nos procedimentos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

XI. O atendimento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da CONTRATADA e os prazos de carência estabelecidos no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

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

XIII. Procedimentos buco- maxilo- faciais que necessitem de internação hospitalar realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, a assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XIV. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

XV. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral e enteral;
- f) Procedimentos diagnóstico-terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Embolizações;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante, exceto medicação de manutenção.

XVI. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

XVII. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XVIII. A beneficiária titular ou dependente terá direito às seguintes coberturas de assistência obstétrica:

XIX. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA.

XX. Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

XXI. Será assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICI-

ÁRIO, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto, desde que cumpridas as carências para parto pelo pai ou mãe.

XXII. É assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção, e se cumprido prazo de carência máxima de 180 dias.

XXIII. É assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, sendo vedada qualquer alegação de Doenças e Lesões Preexistentes ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção, e se cumprido prazo de carência máxima de 180 dias.

XXIV. Entende-se pós-parto imediato como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

XXV. O parto normal poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, conforme disposto no art. 5º da RN 167, atualizada pela RN 262.

XXVI. PSQUIIATRIA - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, incluindo:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do CONTRATANTE de 30%(trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano de saúde.

- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital- dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

XXVII. TRANSPLANTES - Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

- a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
 - a.1) As despesas assistenciais com doadores vivos;
 - a.2) Os medicamentos utilizados durante a internação;
 - a.3) O acompanhamento clínico no pós- operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - a.4) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- b) Os BENEFICIÁRIOS candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, 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 autorizado em que se encontre o receptor.

CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 A COBERTURA DESTE CONTRATO ESTÁ RESTRITA AOS PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - VIGENTE NA ÉPOCA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO PARA AS SEGMENTAÇÕES AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

4.2 ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DESSE CONTRATO:

- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- Aparelhos ortopédicos, fornecimento de órteses e próteses, exceto se ligadas ao ato cirúrgico;
- Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Cirurgias e tratamentos não éticos, experimentais ou não reconhecidos pelas autoridades competentes até a data de assinatura deste contrato;
- Cirurgias para mudança de sexo;
- Cirurgias plásticas não reparadoras, para rejuvenescimento ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- Cirurgia refrativa para pacientes menores de 18 (dezoito) anos;
- Cirurgia refrativa para pacientes maiores de 18 (dezoito) anos, em descordo com a DUT vigente à época da solicitação médica;
- Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- Despesas extraordinárias realizadas pelo BENEFICIÁRIO internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- Despesas extraordinárias, produtos de toalete a acompanhantes;
- Refeições de acompanhantes, exceto se acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos, idosos e portadores de necessidades especiais;
- Enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar ou domiciliar;
- Exames não reconhecidos pela ANVISA;
- Necropsias, identificação de cadáveres ou restos mortais;
- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- Inseminação artificial, técnica de reprodução artificial, estudo do DNA;
- Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Lentes para correção de distúrbios da acuidade visual, aparelhos para correção da acuidade auditiva;
- Medicamentos de manutenção em transplantados e doadores;
- Medicamentos importados não nacionalizados;
- Perfil biofísico;
- Procedimentos odontológicos;
- Próteses e órteses importadas não nacionalizadas;
- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para realização de procedimentos listados no rol de procedimentos odontológicos;
- Quaisquer medicamentos de uso domiciliar, medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou de uso off label;
- Quaisquer procedimentos e exames não previstos no Rol vigente editado pela ANS, ou procedimentos previstos de forma ou em quantidades diferentes das diretrizes de utilização;
- Transplantes, à exceção dos constantes no Rol de procedimentos;
- Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas de idosos;
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- Vacinas.

CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O período de vigência deste contrato será por prazo indeterminado, sendo o período mínimo 12 (doze) meses, contados a partir da data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico ou na data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro.

5.2 Havendo rescisão em período inferior ao estipulado no item anterior, será cobrada multa de 10% (dez por cento) sobre as parcelas vincendas.

5.3 O contrato tem renovação automática e por prazo indeterminado, a partir do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

5.4 A data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual.

CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Carência é o período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária - CPT, correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

6.2 A carência será contada a partir da assinatura do contrato ou proposta de adesão ou do pagamento, o que ocorrer primeiro, para os BENEFICIÁRIOS que forem incluídos no contrato desde o início da contratação. Para os demais, será contada do ingresso do BENEFICIÁRIO no contrato de plano de saúde.

6.3 Para este plano, são os seguintes os prazos de carência:

a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência, nos termos da Resolução CONSU nº 13/98;

b) 300 (trezentos) dias para cobertura de parto a termo;

c) 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos, exames e terapias.

CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) BENEFICIÁRIO(s) ou o seu representante legal saiba ser portador ou portador(es) ou sofredor(es), no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

Declaração de Saúde

7.2 No momento da adesão ou da contratação, o BENEFICIÁRIO deverá preencher a Declaração de Saúde e informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado, o conhecimento de doença ou lesão preexistente, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

7.3 O BENEFICIÁRIO ou seu representante legal temo direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus.

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

7.5 A entrevista qualificada tem o objetivo 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 ingresso ao plano, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.6 Não poderá ser alegada pela CONTRATADA a omissão de informação de doença preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor BENEFICIÁRIO pela CONTRATADA, com

vistas à sua admissão no plano.

7.7 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do BENEFICIÁRIO a existência de doenças ou lesões preexistentes, a CONTRATADA oferece a Cobertura Parcial Temporária - CPT.

7.8 Cobertura Parcial Temporária - é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados da contratação ou ingresso do BENEFICIÁRIO ao plano, da cobertura para procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

7.9 Os procedimentos de alta complexidade estão listados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e está disponível para consulta no site: www.ans.gov.br.

Processo Administrativo por Fraude

7.10 Sendo constatado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO, referente à omissão de conhecimento de Doenças e/ou Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, a CONTRATADA comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação através de Termo de Comunicação ao BENEFICIÁRIO, conforme legislação vigente. Nesse momento, a CONTRATADA poderá:

- a) Oferecer a Cobertura Parcial Temporária, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses do ingresso ao plano; e
- b) Solicitar abertura de processo administrativo acerca da omissão de informação junto à Agência Nacional de Saúde - ANS, se houver recusa do BENEFICIÁRIO à contratação da CPT.

7.11 Após a comunicação ao BENEFICIÁRIO de alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA poderá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não.

7.12 Cabe à CONTRATADA o ônus da prova, devendo comprovar o conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO de DLP não declaradas no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.13 Acolhida a alegação da CONTRATADA pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de fraude (todas as despesas com procedimento de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir da data da Comunicação ao BENEFICIÁRIO.

7.14 Na hipótese acima, de acolhimento da alegação da CONTRATADA pela ANS, o BENEFICIÁRIO que foi parte no processo administrativo poderá ser excluído do plano.

7.15 Até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Nos limites deste plano, observando-se, entre outros, a segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, a área de abrangência geográfica estabelecida no contrato, e os procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência.

8.2 São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO, segundo critério médico.

8.3 São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações

no processo gestacional.

8.4 Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o BENEFICIÁRIO ou para terceiros, incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

8.5 É garantida cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, se cumpridas as carências necessárias para internação e procedimentos.

8.6 Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer do período de carência, para internação e procedimentos, este deverá abranger cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

8.7 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal (queda, acidente de automóvel) será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

8.8 É garantida a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional. Todavia, se a beneficiária estiver cumprindo carência para a cobertura obstétrica, o atendimento será limitado às 12 (doze) primeiras horas.

8.9 Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças ou lesões preexistentes, terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, se houver necessidade do uso de leitos de alta tecnologia, procedimentos de alta complexidade e eventos cirúrgicos relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente declarada.

8.10 Em casos de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO deve se dirigir preferencialmente à rede referenciada pela CONTRATADA para este plano. Na impossibilidade de se utilizar a rede credenciada nos casos de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO poderá utilizar-se de outras instituições, desde que dentro da área de abrangência contratual, com exceção dos de tabela própria relacionados neste contrato.

8.11 Quando necessária, para a continuidade do atendimento de complicações gestacionais e urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar ou obstétrica em carência, 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, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

Remoção

8.12 A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção para uma unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

8.13 A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção para uma unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, nos casos do BENEFICIÁRIO estar cumprindo carência, e quando houver acordo de cobertura temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta complexidade e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

8.14 Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

8.15 Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e do atendimento.

8.16 Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário, ou o responsável pela interna-

ção, e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus.

Reembolso

8.17 A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, dentro da área de abrangência contratual, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, exceto em hospitais de tabela própria, elencados neste contrato.

8.18 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, tendo por referência a tabela de remuneração de honorários praticada pela CONTRATADA com os serviços contratados e credenciados (Tabela AMB 92 e CBHPM).

8.19 Não será reembolsado ao CONTRATANTE, nos casos de urgência e emergência, valor inferior que o praticado pela CONTRATADA e sua rede contratada.

8.20 A documentação mínima exigida para reembolso é a seguinte:

- a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento com justificativas dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) Recibos individualizados de honorários de médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- f) Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência;
- g) A CONTRATADA DEVERÁ SER COMUNICADA OBRIGATORIAMENTE, PELO BENEFICIÁRIO, NO MÁXIMO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO ATENDIMENTO, PARA CONHECIMENTO E ADOÇÃO DE PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS.

8.21 O CONTRATANTE tem o prazo de até um ano para apresentar os documentos arrolados no item anterior. Decorrido o prazo de um ano, sem que tenha sido feita a apresentação da documentação, a CONTRATADA estará desobrigada de proceder ao reembolso.

CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

9.1 A CONTRATADA assegurará aos BENEFICIÁRIOS inscritos neste contrato, as coberturas nele previstas, sendo que para ter qualquer atendimento o BENEFICIÁRIO obriga-se a apresentar o cartão de identificação válido, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade ou certidão de nascimento e a observar o seguinte:

- a) A CONTRATADA assegurará os procedimentos na rede por ela contratada ou credenciada;
- b) Os serviços contratados neste instrumento particular serão prestados pela CONTRATADA através de seus médicos credenciados e de rede própria básica ou por ela contratada, dentro da área de abrangência definida neste contrato.
- c) Os serviços e atendimentos objetos da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da CONTRATADA, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência, na forma da Lei 9.656/98.
- d) Nos casos de urgência/emergência, a guia de internação e autorização serão providenciadas pelo

hospital prestador de serviço junto à CONTRATADA.

e) É garantida ao BENEFICIÁRIO, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição de impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais citados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

f) Não haverá restrição de realização de procedimentos cobertos por esse contrato pelo fato de serem solicitados por médicos não pertencentes à rede, desde que sejam realizados na rede credenciada, na área de cobertura contratual.

ROTINA PARA OBTENÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

9.2 Ao precisar realizar exames, internações ou procedimentos, o beneficiário deverá encaminhar-se pessoalmente ao centro administrativo: Tv. Curuzu, 2212, Marco, Belém/PA, para se informar da necessidade de obtenção de autorização prévia.

9.3 Estão sujeitos à autorização prévia: consultas, exames, sessões com profissionais da área da saúde, internação hospitalar eletiva, procedimentos ambulatoriais e hospitalares. NÃO ESTÃO SUJEITOS À AUTORIZAÇÃO PRÉVIA OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

9.4 Havendo necessidade de autorização prévia, o beneficiário deverá, antes de agendar o procedimento com o prestador, dirigir-se até a CONTRATADA para obtenção da autorização e agendamento.

9.5 Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA garantirá ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

DA REDE CREDENCIADA

9.6 REDE CREDENCIADA OU REFERENCIADA, PARA FINS DE ENTENDIMENTO, DEFINE-SE COMO SENDO O CONJUNTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES AUTORIZADOS A PRESTAR SERVIÇOS AOS BENEFICIÁRIOS DESTE PLANO.

9.7 PODE OCORRER QUE DETERMINADO PRESTADOR SEJA CREDENCIADO DA UNIMED BELÉM OU DE OUTRAS UNIMEDS DO BRASIL, MAS NÃO O SEJA REFERENCIADO PARA ATENDIMENTO DESTE PLANO ESPECIFICAMENTE.

9.8 CADA PLANO DE SAÚDE CARACTERIZA-SE POR SUA ABRANGÊNCIA ASSISTENCIAL, NÚMERO DE REGISTRO, NOME COMERCIAL E REDE REFERENCIADA ESPECÍFICOS.

9.9 PARA CONHECER A REDE REFERENCIADA DESTE PLANO, ACESSE O GUIA MÉDICO, pela internet, no site www.unimedbelem.com.br, onde constarão:

- a) Relação dos médicos credenciados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios;
- b) Relação de serviços de urgência e emergência;
- c) Relação de hospitais contratados e próprios.

9.10 Embora os hospitais abaixo relacionados façam parte da rede contratada de outras UNIMEDs, NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NA COBERTURA DESTE CONTRATO:

- Campina Grande/PB: Clínica de Olhos Francisco Pinto;
- Caxias do Sul/RS: Hospital Saúde Ltda., Hospital Dr. Del Mese Ltda., Hospital N.S. Medianeira do Círculo Operário Caxiense;
- Guarulhos/SP: Hospital Carlos Chagas S/A.;
- Porto Alegre/RS: Soc. Educ. e Benef. do Sul (Hospital Mãe de Deus), Hospital Moinhos de Vento;
- Recife/PE: Centro Hospitalar Albert Sabin, Hospital Santa Joana, Hospital Memorial São José;
- Rio de Janeiro/RJ: DH Day Hospital, Hosp Barra D'orMedise, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda, Prontocor Pronto Socorro CL, CS Laranjeiras, IgaseHosp São Lucas, CL Bambina, C.S. São José, CL Ped da Barra;
- Salvador/BA: Hospital CPI (pediátrico), Hospital Aliança, Hospital Espanhol (Hospital São Rafael),

Hospital Português, Fundação José Silveira (Hospital Santo Amaro), Hospital Salvador, Clínica Infantil de Urgência Ltda. (Probaby), Monte Tabor Hospital (Centro Ítalo-Brasileiro de Promoção Sanitária);

- São Bernardo do Campo/SP: Neomater SC Ltda., Hospital Príncipe Humberto S/A., Hospital Maternidade Assunção S/A.;
- São José do Rio Preto/SP: Sociedade Portuguesa de Beneficência;
- São Paulo/SP: Incor (Instituto do Coração), Hospital Anchieta S/A., Hosp. e Mat. Santa Joana S/A., Hospital Albert Einstein, Hosp. e Mat. São Luiz, Hospital Nove de Julho S/A., Hospital Santa Catarina, Fund. Antônio Prudente (Hosp. A. C. Carmargo), P S Infantil Sabará S/A., Pró-Matre Paulista S/A., Hospital Sírio Libanês, Beneficência Portuguesa;
- Uberaba/MG: Hospital São Marcos, Hospital e Maternidade São Domingos.

9.11 A CONTRATADA se reserva no direito de acrescentar à lista acima novos estabelecimentos que se enquadrarem na categoria de hospitais de alto custo e operantes de tabela própria.

9.12 Faculta-se à CONTRATADA, a qualquer tempo, cancelar contratos com prestadores de serviços, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento devendo comunicar as alterações ao CONTRATANTE com 30 (trinta) dias de antecedência, conforme estabelecido no artigo 17, 1º e 4º da Lei 9.656/98. Na troca de prestador hospitalar, o novo contratado ou credenciado será equivalente.

9.13 Se o descredenciamento ocorrer durante o período de internação hospitalar, a CONTRATADA assegurará as despesas hospitalares até a alta do BENEFICIÁRIO. Se o descredenciamento decorrer de constatação de infração às normas sanitárias, a operadora transferirá o BENEFICIÁRIO imediatamente, arcando integralmente com os custos.

9.14 Nos casos de BENEFICIÁRIOS internados em hospitais cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a CONTRATADA garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação até a alta hospitalar.

9.15 Os exames e procedimentos solicitados por médicos não pertencentes à rede credenciada serão submetidos aos mesmos procedimentos de auditoria e de mecanismos de regulação que aqueles solicitados pelos médicos credenciados, não sendo óbice para sua autorização o não credenciamento do médico. PORÉM, NÃO SÃO COBERTOS POR ESSE CONTRATO OS HONORÁRIOS DE PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADOS.

9.16 Devido à complexidade e extensão das coberturas previstas nesse plano, pode ocorrer de não haver prestador credenciado para determinados serviços médicos ou laboratoriais na cidade onde estiver o BENEFICIÁRIO. Nesse caso, o BENEFICIÁRIO deve entrar em contato com a CONTRATADA para se informar a localidade mais próxima do prestador credenciado.

CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

10.1 Este contrato tem sua formação de preço pré- estabelecida entre CONTRATANTE e CONTRATADA, de acordo com as condições firmadas e constantes na proposta de admissão, sendo o pagamento valor da contraprestação pecuniária efetuado pela CONTRATANTE antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

10.2 A inclusão de novo BENEFICIÁRIO acrescentará ao valor total das contraprestações mensais a quantia referente ao valor do novo BENEFICIÁRIO, de acordo com a faixa etária.

10.3 PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA:

a) O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade) decorrente deste Contrato é de responsabilidade do CONTRATANTE, sendo certo que, o valor estipulado nesta data, corresponde ao número de beneficiários indicados na proposta de adesão, respeitadas as faixas etárias dos BENEFICIÁRIOS inscritos.

- b) Caso a CONTRATANTE não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.
- c) O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.
- d) Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário.
- e) Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, será cobrada multa em favor da CONTRATADA de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária.
- f) O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.
- g) Nenhum pagamento será reconhecido como feito à CONTRATADA, se a CONTRATANTE não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela CONTRATADA.

CLÁUSULA XI - REAJUSTE

11.1 O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, e observará o índice autorizado pela ANS. Em caso de sua extinção, será utilizado o IGPM.

11.2 Quando da aplicação do reajuste, a CONTRATADA encaminhará ao CONTRATANTE boleto em que constará o número do ofício em que a ANS autorizou a aplicação de reajuste.

CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS

12.1 Para fins desse contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias, conforme RN 63/2003, editada pela ANS, e os percentuais de reajuste correspondentes:

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	15,00%
29 a 33 anos	10,00%
34 a 38 anos	10,00%
39 a 43 anos	15,00%
44 a 48 anos	20,00%
49 a 53 anos	20,00%
54 a 58 anos	30,00%
59 anos e mais	50,00%

12.2 As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que o BENEFICIÁRIO inscrito esteja enquadrado, sendo que os aumentos de preços, decorrentes da mudança de faixa etária dos BENEFICIÁRIOS deste contrato dar-se-ão no mês SUBSEQUENTE à data de aniversário de cada BENEFICIÁRIO.

12.3 A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária que incidirá sobre o preço pago pelo BENEFICIÁRIO não se confunde com o reajustamento pela variação de custos.

12.4 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da 1ª (primeira) faixa etária e a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá

ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

12.5 Os percentuais de variação e os valores das mensalidades estão demonstrados na proposta de admissão anexa.

CLÁUSULA XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

13.2 O disposto acima não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

13.3 Ocorrendo óbito do titular, o cônjuge supérstite (viúvo) comunicará automaticamente a CONTRATADA, passando à condição de usuário titular, assumindo integralmente o contrato. Não havendo interesse do cônjuge supérstite em assumir o contrato, o mesmo deverá notificar imediatamente à CONTRATADA, sendo que assim haverá a rescisão contratual, ressalvado o direito da CONTRATADA de receber os créditos decorrentes deste contrato.

13.4 Enquanto não houver aviso à CONTRATADA do falecimento de um dos beneficiários, as mensalidades serão cobradas

13.5 A exclusão de BENEFICIÁRIOS poderá ser realizada mediante pedido por escrito do CONTRATANTE.

13.6 Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES serão excluídos se houver perda dos vínculos de dependência.

13.7 A maioridade ou emancipação dos DEPENDENTES ou o prazo final da tutela e da curatela acarretará a perda de qualidade de DEPENDENTE obrigando-se o CONTRATANTE a comunicar o fato à CONTRATADA.

13.8 Os filhos e filhas citados nesse item poderão assinar novo contrato, em até 30 (trinta) dias da perda do direito de uso, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

13.8.1 Os BENEFICIÁRIOS acima, inscritos após o prazo de 30 (trinta) dias, cumprirão as carências normais no novo plano que contratar.

13.9 A separação de corpos, separação judicial e a dissolução da união estável retiram do cônjuge/companheiro o direito de permanecer no contrato na situação de dependente.

CLÁUSULA XIV - RESCISÃO/SUSPENSÃO

14.1 Poderá ser rescindido este contrato unilateralmente pela CONTRATADA, com exclusão do CONTRATANTE e respectivos dependentes se houver atraso no pagamento por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, devendo o CONTRATANTE ser avisado da rescisão do contrato até o 50º (quingentésimo) dia de atraso.

14.2 No caso de rescisão por inadimplemento, o CONTRATANTE ficará responsabilizado, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes.

14.3 Rescinde-se também este contrato, unilateralmente, ocorrendo fraude, nos termos do art. 13, II da Lei 9.656/98.

14.4 Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade de a CONTRATADA buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

14.5 Durante o período de vigência de 12 (doze) meses, é facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

CLÁUSULA XV - DISPOSIÇÕES SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS

15. 1 Para os fins deste contrato, são considerados:

- a) “DADOS PESSOAIS”: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável;
- b) “DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS”: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;
- c) “TITULAR”: pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento;
- d) “TRATAMENTO”: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;
- e) Considera-se “CRIANÇA”, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e “ADOLESCENTE” aquela entre doze e dezoito anos de idade.

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

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

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

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

15.4 Em relação aos dados pessoais tratados em razão do presente contrato e com atenção ao art. 18 da Lei nº 13.709/2018, informamos que, independentemente do período de vigência da relação contratual, os beneficiários terão os seguintes direitos perante a UNIMED BELÉM:

- a) Confirmação da existência de tratamento;
- b) Acesso aos dados;
- c) Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;
- e) Portabilidade dos dados;
- f) Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento, exceto nas hipóteses previstas no Art. 16º da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD);
- g) Informação sobre entidades públicas e privadas com as quais foi realizado uso compartilhado de dados;

h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa;

i) Revogação do consentimento;

15.5 Os beneficiários poderão realizar a requisição dos direitos previstos acima, de forma gratuita, por meio do Portal da UNIMED BELÉM na Internet (www.unimedbelem.com.br).

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

a) Em formato simplificado;

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

PARÁGRAFO PRIMEIRO: As requisições acima serão atendidas:

a) Imediatamente, para o formato previsto no item “a”; ou

b) 15 (quinze) dias, para o formato previsto no item “b”.

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

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

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

15.9 Não obstante o beneficiário tenha direito de requerer a exclusão, anonimização ou de solicitar qualquer outra providência que demande a abstenção do tratamento de dados pessoais do beneficiário pela UNIMED BELÉM, tal requisição não poderá ser atendida somente caso tiver como finalidade o atendimento a uma obrigação legal ou regulatória.

15.10 Sem prejuízo do disposto neste contrato, os Beneficiários poderão se informar por meio do canal constante NO ITEM 15.5 bem como na Política de Privacidade da UNIMED BELÉM, acessível por meio do Portal da UNIMED BELÉM na Internet (www.unimedbelem.com.br).

CLÁUSULA XVI - DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1 Fazem parte do presente contrato a proposta de admissão, a Declaração de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO, os Recibos de Pagamento e os procedimentos de alta complexidade descritos no Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, disponibilizados pela CONTRATADA à CONTRATANTE, desde o início das tratativas que resultaram na celebração do presente.

16.2 O Rol de Procedimentos Médicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site www.unimedbelem.com.br.

16.3 A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão - CID 10 - da Organização Mundial da Saúde.

16.4 Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com mais benefícios, será

contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O beneficiário que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela CONTRATADA para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.

16.5 A tolerância ou a demora da CONTRATADA em exigir do CONTRATANTE o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo ser exigido seu cumprimento, dentro dos prazos estabelecidos pela lei civil para prescrição e decadência.

16.6 O BENEFICIÁRIO autoriza a divulgação de suas informações de saúde e de seus dependentes no âmbito interno da CONTRATADA, e entre essa e sua rede credenciada, para fins epidemiológicos, de auditoria, imprescindíveis para a prestação dos serviços e para cumprimento de exigências da ANS.

16.7 O CONTRATANTE autoriza que a UNIMED BELÉM busque suas informações de saúde nos cadastros da rede credenciada, junto aos seus médicos, bem como em seus arquivos e nos sistemas do SUS, a que tiver acesso, para adequada confirmação e constatação de doenças e lesões preexistentes, como condição prévia à contratação do plano de saúde.

16.8 Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos têm privilégio no atendimento.

16.9 A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante de sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, obedecendo às delimitações observadas na Lei.

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

16.11 O BENEFICIÁRIO que optar por internação hospitalar em acomodação superior a do seu plano, tornar-se-á direta e unicamente o responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos). Os valores da diferença serão acertados diretamente com o serviço/hospital e os médicos profissionais assistentes.

16.12 O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

16.13 A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como informação ao CONTRATANTE, a partir da data do respectivo pagamento.

16.14 É obrigação do CONTRATANTE manter seu cadastro em dia.

16.15 Em caso de mudança, avisar imediatamente a CONTRATADA, para evitar desvios de correspondências e atrasos no pagamento que poderão ocasionar cancelamentos de contratos.

CLÁUSULA XVII - DO FORO

17.1 Fica eleito o Foro de domicílio do CONTRATANTE, para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.

Os CONTRATANTES confirmam sua concordância com os termos desse contrato com a assinatura na proposta de admissão.



"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues