

Unimax Referência

Individual ou Familiar

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO HOSPITALARES

ANS - nº 303976

Unimed 
Belém

UNIMAX REFERÊNCIA - INDIVIDUAL ou FAMILIAR
REGISTRO DA OPERADORA NA ANS Nº 30.397-6
NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS: 455.960/07-6

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

UNIMED DE BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, CNPJ nº 04.201.372/0001-37, Registro ANS 30397-6, Cooperativa médica, situada na TRAVESSA CURUZÚ, 2212 - Bairro Marco - Belém (PA) - CEP: 66093540, neste ato representada por seus Diretores, na forma estatutária, a seguir chamada CONTRATADA.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE- conforme proposta de admissão

NOME COMERCIAL: Unimax Referência - Individual ou Familiar

NÚMERO DE REGISTRO NA ANS : 455.960/07-6

TIPO DE CONTRATAÇÃO: Individual ou Familiar

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Referência

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

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: Ananindeua (PA), Barcarena (PA), Belém (PA), Benevides (PA), Castanhal (PA), Igarapé-miri (PA), Moju (PA) e Santa Isabel do Pará (PA)

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: Coletiva

FORMAÇÃO DO PREÇO: Preestabelecido

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: Não possui

1. 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 médico-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 (OMS), de acordo com o rol de procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento, exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA, nos limites e condições estipuladas a seguir.

1.2. Este instrumento materializa entre as partes um contrato particular de prestação de serviços médicos e 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.

2. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

2.2. São usuários dependentes, em relação ao usuário titular:

2.2.1. Cônjuge;

2.2.2. Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos;

2.2.3. Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, quando comprovadamente cursando faculdade; e

2.2.4. Filhos (as) solteiros (as) inválidos (as) e cônjuges inválidos (as) mediante comprovação de dependência pelo INSS.

2.2.5. Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil;

2.2.6. Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos e os enteados; e

2.2.7. 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.

2.3. 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.

2.4. Ao recém-nascido é garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do pai ou da mãe, desde que estes ou pelo menos o pai ou a mãe tenha cumprido prazo de carência para parto a termo.

2.5. Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de BENEFICIÁRIO titular ou de dependente, que tenha cumprido prazo de carência máxima de 180 dias, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente.

2.6. Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de BENEFICIÁRIO titular ou de dependente, que tenha cumprido prazo de carência máxima de 180 dias, 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.

2.7. A inclusão do Titular e respectivos dependentes será processada através da Proposta de Admissão, que integrará este contrato para todos os fins de direito.

2.8. 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.

2.9. O usuário que, tendo sido incluído no plano por atender às condições exigidas, deixar de satisfazê-las posteriormente, será notificado da exclusão que ocorrerá em 30 dias e para firmar contrato em seu próprio nome.

2.10. O beneficiário que tiver seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderá exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta dias) a contar do término do vínculo de dependência, na forma prevista na RN 186 e suas alterações posteriores.

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. COBERTURAS GERAIS

3.1.1. A prestação da assistência médica prevista neste instrumento assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, dentro da segmentação assistencial contratada, ou seja, ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS vigente à época, obedecendo às condições previstas nas diretrizes de utilização e salvo as exceções mencionadas no item “Exclusões de Cobertura” deste contrato e conforme Lei nº 9.656/98, exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA e referenciada para este plano.

3.1.2 O Plano ora contratado compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente e observadas as condições a seguir.

3.2. CONSULTAS E EXAMES

3.2.1. Está compreendida neste plano a cobertura para o atendimento de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e referenciadas pela CONTRATADA para este plano.

3.2.2. Os BENEFICIÁRIOS deste contrato terão direito aos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, exclusivamente na rede referenciada da CONTRATADA para este plano.

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

3.2.4. São cobertas consultas e sessões com nutricionistas, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número de sessões estabelecidas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente na época do evento, conforme indicação do médico assistente, na rede referenciada da CONTRATADA para este plano.

3.2.5. É garantida a cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como nas Diretrizes de Utilização, vigente na época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente, na rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

3.2.6. Estão compreendidos na cobertura deste plano procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente na época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente, na rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

3.2.7. São cobertas as ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como nas Diretrizes de Utilização, vigentes na época do evento, exclusivamente na rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

3.3. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS ESPECIAIS

3.3.1. Os BENEFICIÁRIOS deste Contrato terão direito aos procedimentos ambulatoriais considerados especiais:

3.3.1.1. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

3.3.1.2. 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;

3.3.1.2.1. Para fins de entendimento, esclarece-se que são definidos como adjuvantes, os me-

dicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

3.3.1.3. 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:

3.3.1.3.1. 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;

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

3.3.1.4. Procedimentos de radioterapia ambulatorial, listados no Rol de procedimentos;

3.3.1.5. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais, que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos editado pela ANS e de acordo com as Diretrizes de Utilização;

3.3.1.6. Hemoterapia ambulatorial; e

3.3.1.7. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos editado pela ANS e de acordo com as Diretrizes de Utilização vigentes na época do evento.

3.4. INTERNAÇÕES

3.4.1. 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.

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

3.4.3. 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.

3.4.4. 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.

3.4.5. 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.

3.4.6. 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.

3.4.7. 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.

3.4.8. 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.

3.4.8.1A alimentação do acompanhante seguirá o padrão de hotelaria do hospital em que se realiza a internação do paciente.

3.4.9. 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.

3.4.10. 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.

3.5. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

3.5.1. Aos BENEFICIÁRIOS serão garantidos os seguintes procedimentos hospitalares considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:

3.5.1.1. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

3.5.1.2. 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;

3.5.1.3 Todos os procedimentos de radioterapia descritos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

3.5.1.4. Hemoterapia;

3.5.1.5. Nutrição parenteral ou enteral;

3.5.1.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol de procedimentos vigente à época do evento;

3.5.1.7. Embolizações listadas no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

3.5.1.8. Radiologia intervencionista;

3.5.1.9. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

3.5.1.10. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol de procedimentos editado pela ANS; e

3.5.1.11. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no rol de procedimentos editado pela ANS, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

3.6. PSIQUIATRIA

3.6.1. 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.

3.6.2. Todos os procedimentos serão cobertos unicamente nos estabelecimentos referenciados para o plano.

3.6.3. É garantido o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio beneficiário ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

3.6.4. Tratamento básico prestado por médico credenciado, envolvendo consultas ilimitadas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, em rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

3.6.5. São garantidos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, em rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

3.6.6. É garantido o custeio integral de 30 dias de internação CONTÍNUOS OU NÃO, por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, exclusivamente na rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

3.6.6.1. Havendo utilização maior que o número de dias estabelecido no item acima durante o período de 12 meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada coparticipação por dia de internação. A Coparticipação será de 50% do valor da internação, será estipulado no momento da contratação, obedecendo sempre aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS que estiverem em vigência à época da contratação e não pode caracterizar financiamento integral da internação.

3.6.7. É garantida a cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as diretrizes de utilização, nos casos de:

3.6.7.1. Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);

3.6.7.2. Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);

3.6.7.3. Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31); e

3.6.7.4. Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

3.6.8. Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

3.7. TRANSPLANTES

3.7.1. São cobertos os transplantes previstos no rol de procedimentos e de acordo com as diretrizes de utilização e clínicas, quando aplicáveis, e dos procedimentos a eles vinculados incluindo:

3.7.1.1. Despesas de assistência médica com os doadores vivos;

3.7.1.2. Medicamentos utilizados durante a internação;

3.7.1.3. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e

3.7.1.4. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

3.7.2. Os procedimentos de transplantes estão submetidos à legislação específica vigente, em especial à Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto 2268, de 30 de junho de 1997, à Portaria 3407, de 05 de agosto de 1998, que não for conflitante com o regime de contratação, prestação de serviços de que trata a Lei nº 9.656/98 e RESOLUÇÕES ESPECÍFICAS.

3.7.3. Os candidatos a transplantes 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.

3.7.4. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

3.7.5. É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada; e, providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o BENEFICIÁRIO receptor.

3.8. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

3.8.1. São cobertas órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no rol de procedimentos, salvo as arroladas na cláusula de exclusão.

3.8.2. Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as caracterís-

ticas (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME - necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de procedimentos. O profissional assistente não poderá exigir marca específica de OPME.

3.8.3. O profissional requisitante, quando solicitado pela CONTRATADA, deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

3.8.4. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas custeadas pela CONTRATADA.

3.8.5. Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

3.8.6. Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

3.8.7. O BENEFICIÁRIO, ao receber prótese em determinada cirurgia, comprometer-se-á a seguir as orientações do médico assistente quanto ao seu bom uso, para propiciar sua duração por toda vida útil do material. Havendo mau ou inadequado uso da prótese, de forma intencional, configurado por junta médica composta por médicos indicados pelo CONTRATANTE e pela CONTRATADA, a CONTRATADA se eximirá do fornecimento de mesma prótese, para mesmo fim.

3.9. OUTRAS GARANTIAS

3.9.1. São cobertos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no rol de procedimentos para a segmentação hospitalar, que deverão ser realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação de exames complementares, solicitados pelo profissional assistente e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

3.9.2. É garantida a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

3.9.3. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

3.9.4. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

3.9.5. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura deste contrato.

3.9.6. A cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções é garantida, conforme o rol editado pela ANS, vigente na data do evento, excetuada a de fim estético.

3.9.7. Cabe à CONTRATADA, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço 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.

3.10. OBSTETRÍCIA

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

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

3.10.1.2. 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.

3.10.1.3. Será assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto, desde que cumpridas as carências para parto pelo pai ou mãe.

3.10.1.4. 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.

3.10.1.5. 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.

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

3.10.1.7. 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.

3.11. IMPORTANTE

3.11.10s itens inseridos nesta cláusula “cobertura” são taxativos, alterando-se somente em função da edição de novo rol pela ANS, responsabilizando-se o CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.

3.11.2. QUANDO DA EDIÇÃO DE NOVOS RÓIS, PELA ANS, PODERÁ OCORRER:

3.11.2.1. INCLUSÃO DE NOVOS PROCEDIMENTOS;

3.11.2.2. EXCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS;

3.11.2.3. PREVISÃO DE NOVAS TÉCNICAS MÉDICAS;

3.11.2.4. EXCLUSÃO DE TÉCNICAS MÉDICAS; E

3.11.2.5. ALTERAÇÃO DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO E CLÍNICAS DOS PROCEDIMENTOS.

3.11.3. Desta forma, com a edição de novo Rol de procedimentos ocorre mudança nos direitos dos BENEFICIÁRIOS ao acesso à cobertura, com o quê a/o CONTRATANTE/Titular está ciente e de acordo.

3.11.4. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

3.11.5. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo cobertura por este plano.

3.11.6. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no rol de procedimentos editado pela ANS, de acordo com a segmentação contratada.

3.11.7. Todas as escopias listadas no rol de procedimentos editado pela ANS têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1.1. A COBERTURA DESTE CONTRATO ESTÁ RESTRITA AOS PROCEDIMENTOS PERTENCENTES ÀS SEGMENTAÇÕES AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTÉTRICA, LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR) E DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO E CLÍNICAS, VIGENTES NA ÉPOCA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO.

4.2. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DESTE CONTRATO:

- 4.2.1. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 4.2.2. Aparelhos ortopédicos, fornecimento de órteses e próteses, exceto se ligadas ao ato cirúrgico;
- 4.2.3. Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 4.2.4. Cirurgias e tratamentos não éticos, experimentais ou não reconhecidos pelas autoridades competentes na data do evento;
- 4.2.5. Cirurgias para mudança de sexo;
- 4.2.6. Cirurgias plásticas não reparadoras, para rejuvenescimento ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- 4.2.7. Cirurgia refrativa para pacientes menores de 18 (dezoito) anos;
- 4.2.8. Cirurgia refrativa em desacordo com as diretrizes de utilização do Rol da ANS;
- 4.2.9. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- 4.2.10. Despesas extraordinárias realizadas pelo beneficiário internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- 4.2.11. Despesas extraordinárias, produtos de toalete a acompanhantes;
- 4.2.12. Refeições para acompanhantes, exceto se acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos, idosos, portadores de necessidades especiais, a critério médico, ou parturientes;
- 4.2.13. Enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar ou domiciliar, serviços de home care;
- 4.2.14. Exames não reconhecidos pela ANS;
- 4.2.15. Necropsias, identificação de cadáveres ou restos mortais;
- 4.2.16. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- 4.2.17. Inseminação artificial, técnica de reprodução artificial, estudo do DNA;
- 4.2.18. Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 4.2.19. Lentes para correção de distúrbios da acuidade visual, aparelhos para correção da acuidade auditiva;
- 4.2.20. Medicamentos de manutenção em transplantados e doadores;
- 4.2.21. Medicamentos importados não nacionalizados ou de uso off label;
- 4.2.22. Medicamentos de uso domiciliar, exceto 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, na forma descrita no rol de procedimentos;
- 4.2.23. Perfil biofísico;
- 4.2.24. Procedimentos odontológicos;
- 4.2.25. Próteses e órteses importadas não nacionalizadas;
- 4.2.26. 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;
- 4.2.27. 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 e clínicas;
- 4.2.28. Transplantes, à exceção dos constantes no rol de procedimentos;
- 4.2.29. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas de idosos;
- 4.2.30. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; e
- 4.2.31. Vacinas.

5. 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.

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

5.2. 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.

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

6. 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 aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecido no plano contratado, sendo contada do ingresso do BENEFICIÁRIO no contrato de plano de saúde.

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

6.3.1. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência, nos termos da Resolução CONSU nº 13/98.

6.3.2. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

6.3.3. 300 (trezentos) dias para cobertura de parto a termo.

7. 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 (es) ou sofredor (es), no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

7.2. Declaração de saúde

7.2.1. 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.

7.2.2. O BENEFICIÁRIO ou seu representante legal tem o 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.

7.2.3. 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.

7.2.4. 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.

7.2.5. 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.

7.2.6. 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, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.

7.2.7. 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. Os procedimentos de alta complexidade estão listados no Rol de Procedimentos editado pela Agên-

cia Nacional de Saúde Suplementar - ANS e está disponível para consulta no site: www.ans.org.br

7.2.8. Agravado - 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.

7.3. PROCESSO ADMINISTRATIVO POR FRAUDE

7.3.1. 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:

7.3.1.1. 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;

7.3.1.2. Oferecer agravado; e

7.3.1.3. 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.

7.3.2. O oferecimento do Agravado deve ser acompanhado do oferecimento de CPT, sendo então o oferecimento de CPT obrigatório nestes casos e do Agravado opcional, nas situações as quais a operadora não optou por oferecimento de cobertura total.

7.3.3. 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.

7.3.4. 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.

7.3.5. 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.

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

7.3.7. 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.

8. 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.

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

8.1.2. São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

8.1.3. 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.

8.1.4. Por se tratar de plano referência, é garantida cobertura integral, sem restrições, aos atendimentos de urgência e emergência ambulatorial e hospitalar, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência contratual.

8.1.5. 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.

8.1.6. É garantida a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional, integral, sem restrições após decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.1.7. 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.

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

8.1.9. O atendimento que envolva acordo de cobertura parcial temporária, por doenças ou lesões preexistentes, terá 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, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 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

8.1.10. 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.

8.1.11. 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 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.

8.1.12. 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.

8.1.13. 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.

8.1.14. Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário, ou o responsável pela internação, e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus.

8.2. REEMBOLSO

8.2.1. 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.

8.2.2. 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, valorizados de acordo com o CH praticado pela operadora).

8.2.3. A informação de valores de CH e de procedimentos poderá ser obtida, a qualquer momento,

junto à operadora, se solicitado por escrito, ou por e-mail.

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

8.2.5. A documentação mínima exigida para reembolso é a seguinte:

8.2.5.1. Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;

8.2.5.2. 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;

8.2.5.3. Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

8.2.5.4. Recibos individualizados de honorários de médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem; e

8.2.5.5. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

8.2.6. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

8.2.7. A CONTRATADA DEVERÁ SER COMUNICADA OBRIGATORIAMENTE, PELO USUÁRIO, NO MÁXIMO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO ATENDIMENTO, PARA CONHECIMENTO E ADOÇÃO DE PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS.

8.2.8. O beneficiário 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.

9. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1. Para ter direito aos serviços objeto deste contrato, os BENEFICIÁRIOS titulares e dependentes deverão cumprir os períodos de carências ajustados e observar a necessidade da obtenção de autorização.

9.2. 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:

9.2.1. A CONTRATADA assegurará os procedimentos cobertos pelo plano, exclusivamente na rede por ela contratada ou credenciada.

9.2.2. 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.

9.2.3. Os serviços e atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da CONTRATADA, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência, na forma da Lei 9.656/98.

9.2.4. As internações serão realizadas depois de prévias auditoria e autorização da CONTRATADA, mediante solicitação do médico assistente, por intermédio de uma guia de internação hospitalar.

9.2.5. Nos casos de urgência/emergência, a guia de internação e autorização serão providenciadas pelo hospital prestador de serviço junto à CONTRATADA.

9.2.6. 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.

9.2.7. 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.

9.3. ROTINA PARA OBTENÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

9.3.1. 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.

9.3.2. Estão sujeitos à autorização prévia: consultas, exames, sessões com profissionais da área da saúde, internação hospitalar eletiva, procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

9.3.3. 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.

9.3.4. 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.

9.3.5. Caso o beneficiário não esteja em Belém/PA, e necessitando de atendimentos na localidade, integrante da área de abrangência contratual, deverá encaminhar-se à operadora UNIMED local para obtenção de autorização via intercâmbio. Neste caso, a UNIMED local solicitará autorização à UNIMED Belém. Em caso de dúvidas, contatar a Unimed Belém pelos telefones divulgados.

9.3.6. Caso não consiga encontrar prestador de serviços ou tiver dificuldade para agendar consulta de determinada especialidade, o beneficiário deverá telefonar ou dirigir-se até a CONTRATADA para que esta lhe indique um prestador que lhe atenda dentro dos prazos estabelecidos na RN 259/2011, para o procedimento solicitado, então o beneficiário poderá contratar particularmente e requerer reembolso.

9.3.7. O valor referente à coparticipação, quando couber, poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

9.4. DA REDE CREDENCIADA

9.4.1. A operadora disponibilizará GUIA MÉDICO, pela internet, no site www.unimedbelem.com.br onde constarão.

9.4.1.1. Relação dos médicos credenciados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios;

9.4.1.2. Relação de serviços de urgência e emergência; e

9.4.1.3. Relação de hospitais contratados e próprios.

9.4.2. 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.

9.4.3. 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.

9.4.4. 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.

9.4.5. 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.

9.5. IMPORTANTE

9.5.1. Os itens inseridos na cláusula “cobertura” são taxativos, alterando-se somente em função da edição de novo rol pela ANS, responsabilizando-se o CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.

9.6. ÓRTESES E PRÓTESES

9.6.1. O pedido de órteses e próteses do médico assistente serão avaliados pela auditoria e, em caso de divergência, será formada junta médica para dirimir o impasse.

9.6.2. O BENEFICIÁRIO, ao receber prótese em determinada cirurgia, comprometer-se-á a seguir as orientações do médico assistente quanto ao seu bom uso, para propiciar sua duração por toda vida útil do material. Havendo mau ou inadequado uso da prótese, de forma intencional, configurado por junta médica composta por médicos indicados pelo CONTRATANTE e pela CONTRATADA, a CONTRATADA se eximirá do fornecimento de mesma prótese, para mesmo fim.

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

9.7.1. Campina Grande/PB: Clínica de Olhos Francisco Pinto;

9.7.2. Caxias do Sul/RS: Hospital Saúde Ltda., Hospital Dr. Del Mese Ltda., Hospital N.S. Medianeira do Círculo Operário Caxiense;

9.7.3. Guarulhos/SP: Hospital Carlos Chagas S/A;

9.7.4. Porto Alegre/RS: Soc. Educ. e Benef. do Sul (Hospital Mãe de Deus), Hospital Moinhos de Vento;

9.7.5. Recife/PE: Centro Hospitalar Albert Sabin, Hospital Santa Joana, Hospital Memorial São José;

9.7.6. Rio de Janeiro/RJ: DH Day Hospital, Hosp Barra D'or Medise, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., Prontocor Pronto Socorro CL, CS Laranjeiras, Igase Hosp São Lucas, CL Bambina, C.S. São José, CL Ped da Barra;

9.7.7. 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);

9.7.8. São Bernardo do Campo/SP: Neomater SC Ltda.;

9.7.9. Hospital Príncipe Humberto S/A, Hospital Maternidade Assunção S/A;

9.7.10. 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;

9.7.11. Uberaba/MG: Hospital São Marcos, Hospital e Maternidade São Domingos.

9.7.12. 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.

10. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre CONTRATANTE e CONTRATADA, de acordo com as condições firmadas e constantes na proposta de admissão, sendo o pagamento da contraprestação pecuniária efetuado pelo 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 usuário, de acordo com a faixa etária.

10.3. PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

10.3.1. O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade) decorrente deste Contrato e das co-participações 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.

10.3.2. Caso o CONTRATANTE não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.

10.3.3. O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.3.4. 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.

10.3.5. Em casos de atraso no pagamento das obrigações 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.

10.3.6. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.3.7. Nenhum pagamento será reconhecido como feito à CONTRATADA, se a CONTRATANTE não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela CONTRATADA.

11. REAJUSTE

11.1. REAJUSTE ANUAL

11.1.1. 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.

11.3. O reajuste será aplicado sobre os valores da mensalidade.

12. FAIXAS ETÁRIAS

12.1. Para fins desse contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias, conforme RN 63/2003, editada pela ANS, com 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 seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

12.5. Os valores de cada faixa etária estão demonstrados na proposta de admissão anexa.

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

13.5. Os **DEPENDENTES** serão excluídos se houver perda dos vínculos de dependência.

13.6. 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**.

13.7. O beneficiário que tiver seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderá exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta dias) a contar do término do vínculo de dependência, na forma prevista na RN 186 e suas alterações posteriores.

13.8. Os usuários acima, inscritos após o prazo citado, 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.

14. 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 dia de atraso.

14.2. No caso de rescisão por inadimplemento, o **CONTRATANTE** ficará responsabilizado, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes, referentes ao período em que o contrato esteve ativo.

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.

15. 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).

16. 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. 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.

16.3. 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.

16.4 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.

16.5 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. 16.6. 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.

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

16.8. 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.

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

16.10. 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.

16.11. 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.

16.12. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como informação ao CONTRATANTE, a partir da data do respectivo pagamento. 16.13 É obrigação do CONTRATANTE manter seu cadastro em dia.

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

17. ELEIÇÃO DE FORO

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

O CONTRATANTE confirma sua concordância com os termos desse contrato com a assinatura na proposta de admissão.



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