



PROPOSTA DE ADMISSÃO  
UNIMAX APARTAMENTO GRUPO DE MUNICÍPIOS  
COLETIVO EMPRESARIAL  
CONTRATO Nº XXXX

ANS - nº 303976

DADOS DA OPERADORA

RAZÃO SOCIAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CNPJ XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO NA ANS XXXXXXXXXXXXXXXX

ENDEREÇO XX

DADOS DA CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL

CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO

CIDADE

CEP

TELEFONE

TELEFONE

TELEFONE

E-MAIL

E-MAIL

RESPONSÁVEL PELA CONTRATANTE

NOME

CARGO

CPF

NOME

CARGO

CPF

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

PRODUTO UNIMAX APARTAMENTO COLETIVO EMPRESARIAL

REGISTRO NA ANS 449.612/04-4

TIPO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO EMPRESARIAL

SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO GRUPO DE MUNICÍPIOS

ACOMODAÇÃO APARTAMENTO

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO BELÉM, ABAETETUBA, ANANINDEUA, BARCARENA, BENEVIDES, CASTANHAL, IGARAPÉ-MIRI, MOJU E SANTA IZABEL DO PARÁ.

FORMAÇÃO DO PREÇO PREESTABELECIDO

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS NÃO POSSUI

Belém, 15 de junho de 2021

CONTRATANTE

UNIMED BELÉM

**VALOR MENSAL POR FAIXA ETÁRIA (EM R\$)**

FAIXA	VALOR	FAIXA	VALOR
0 a 18 anos		39 a 43 anos	
19 a 23 anos		44 a 48 anos	
24 a 28 anos		49 a 53 anos	
29 a 33 anos		54 a 58 anos	
34 a 38 anos		59 anos e mais	

**PERCENTUAIS DE REAJUSTES NAS FAIXAS ETÁRIAS**

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

**DECLARAÇÃO E ASSINATURA DA CONTRATANTE**

Declaro, na qualidade de CONTRATANTE e responsável legal pelo contrato, que:

- 1) - Li e tomei conhecimento efetivo da Proposta de Admissão, bem como dos módulos opcionais nela tratados, dos prazos de carência e do plano, que estão de acordo com os preços contratados;
- 2) - Compreendi o teor das tabelas e serviços médicos e hospitalares, entendi seus critérios de aplicação, bem como todas as condições e formas de pagamento.
- 3) - Recebi no ato da assinatura desta proposta o Contrato e declaro ter recebido anteriormente o GLC - Guia de Leitura Contratual.

Declaro, ainda, que me comprometo a disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS titulares e dependentes, caso inscritos no contrato, cópia do contrato, o Guia de Leitura Contratual - GLC e o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS.

VIGÊNCIA

PRAZO DE VIGÊNCIA **12 MESES**

CONTRATO Nº

Belém, 15 de junho de 2021

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE



ANS - nº 303976

PROPOSTA DE ADMISSÃO  
UNIMAX APARTAMENTO GRUPO DE MUNICÍPIOS  
COLETIVO EMPRESARIAL  
CONTRATO Nº XXXX

**MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL**

A movimentação cadastral (inclusão e exclusão) de BENEFICIÁRIOS neste contrato, será comunicada à **CONTRATADA**, por escrito, até o dia 10 (dez) de cada mês. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da devida comunicação e o aceite pela **CONTRATADA**.

**DADOS DO AGENTE AUTORIZADO**

CÓDIGO

CÓDIGO

Belém, 15 de junho de 2021

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
UNIMED BELÉM

#### A) 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/Pará. Neste ato representada por seu Presidente **XXXXXXX**, CPF **XXXXXX** e por seu seu Diretor Administrativo, **XXXXXXX**, CPF **XXXXXX**, a seguir chamada **CONTRATADA**.

#### B) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

**RAZÃO SOCIAL**, inscrita no CNPJ-MF **XXXXXXX**, com sede em **XXXXXX** na **XXXXXXX** Nº **XXXX**, bairro **XXXXXX**, neste ato representado por seu(ua) proprietário(a), **XXXXXX** portador(a) do CPF **XXXXXXXXXX**, doravante denominado(a) **CONTRATANTE**.

#### C) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS

O presente plano é denominado comercialmente de **UNIMAX APARTAMENTO COLETIVO EMPRESARIAL** e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **449.612/04-4**.

#### D) TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação é **COLETIVO EMPRESARIAL**.

#### E) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial do plano de saúde e **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**.

#### F) ÁREA GEOGRÁFICA E ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência desse contrato é classificada como **GRUPO DE MUNICÍPIOS**, de acordo com regulamentação editada pela ANS.

#### G) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Os serviços contratados serão prestados pela **CONTRATADA** dentro da área de atuação: **Belém, Abaetetuba, Ananindeua, Barcarena, Benevides, Castanhal, Igarapé-Miri, Moju e Santa Izabel do Pará**.

#### H) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

#### I) FORMAÇÃO DE PREÇO

A formação de preço do contrato é **PREESTABELECIDO**.

## 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, da Organização Mundial de Saúde, CID 10 (10ª versão), de acordo com o rol de procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento, 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.

### CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 2.1 Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
- 2.2 A inclusão do grupo familiar dependerá da participação do BENEFICIÁRIO titular no contrato de plano de assistência à saúde.
- 2.3 Caberá à CONTRATADA exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do BENEFICIÁRIO.
- 2.4 A CONTRATANTE fornecerá à CONTRATADA a relação dos BENEFICIÁRIOS, responsabilizando-se pelas informações sobre a titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à CONTRATADA, o direito de solicitar a comprovação que julgar necessária.
- 2.5 É considerado BENEFICIÁRIO Titular aquele que mantém vínculo ativo por relação empregatícia ou estatutária com a CONTRATANTE. Para efeito deste contrato, são BENEFICIÁRIOS titulares, os sócios, os diretores, administradores e os empregados da CONTRATANTE.
- 2.6 Serão considerados BENEFICIÁRIOS dependentes:
  - 2.6.1 Cônjuge;
  - 2.6.2 Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos;
  - 2.6.3 Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, quando comprovadamente cursando faculdade;  
e
  - 2.6.4 Filhos (as) solteiros (as) inválidos (as) e cônjuges inválidos (as) (mediante comprovação de dependência pelo INSS);
  - 2.6.5 Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil;

- 2.6.6 Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos e os enteados; e
- 2.6.7 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.
- 2.7 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, desde que sejam inscritos em até 30 (trinta) dias da data de adoção.
- 2.8 Caso a inscrição seja requerida após o prazo do item anterior, vigorarão os prazos de carências estabelecidos na Cláusula VI, item 6.3.
- 2.9 Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de BENEFICIÁRIO titular ou de dependente que tenha cumprido carência para parto a termo, é garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do pai ou da mãe.
- 2.10 Ao recém-nascido natural ou adotivo 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 sejam inscritos no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção e desde, ainda, o titular (pai ou mãe/adotante) tenha cumprido prazo de carência máxima de 180 dias.
- 2.11 A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, as inclusões e exclusões de BENEFICIÁRIO nos planos estabelecidos neste contrato.
- 2.12 A CONTRATANTE obriga-se a informar à CONTRATADA e promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 dias da ocorrência de alteração na qualificação/condição dos dependentes, tais como: nascimento, ingresso na faculdade, casamento de filho do titular, entre outras.
- 2.13 A CONTRATANTE, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos BENEFICIÁRIOS, sejam eles titulares ou dependentes, bem como a respectiva data de nascimento o grau de parentesco, filiação, etc.
- 2.14 A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA relação completa dos candidatos a BENEFICIÁRIOS a serem inscritos, principalmente a comprovação da titularidade de sua vinculação com a empresa ou vínculo empregatício com o CONTRATANTE, com nome e qualificação completa de cada um deles bem como se responsabiliza pela indicação de seus dependentes, devendo informar também se há a previsão dos BENEFICIÁRIOS contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste e de que maneira.
- 2.15 As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no item anterior e o devido aceite pela CONTRATADA.
- 2.16 Os pedidos de inclusões realizados durante o mês serão processados e a ativação do BENEFICIÁRIO dar-se-á a partir do primeiro dia do mês subsequente.

- 2.17 Nenhuma indicação de BENEFICIÁRIO terá valor se não constar da declaração escrita da CONTRATANTE, aprovada pela CONTRATADA.
- 2.18 Para fins de cumprimento da RN 279, editada pela ANS nenhuma exclusão será aceita sem comprovação de que o ex-funcionário tenha sido comunicado da opção de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.
- 2.19 A CONTRATADA poderá proceder a realização de exame prévio de admissão nos BENEFICIÁRIOS, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, documentação probatória das declarações do CONTRATANTE.
- 2.20 O BENEFICIÁRIO que, tendo sido incluído no plano por atender às condições exigidas, deixar de satisfazê-las posteriormente, será automaticamente excluído do contrato.
- 2.21 Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIO do contrato.
- 2.22 Nenhuma inclusão ou exclusão será processada sem a totalidade dos documentos exigidos pela CONTRATADA, arcando a CONTRATANTE com a responsabilidade e os ônus advindo do atraso.
- 2.23 Documentos exigidos para inclusão: formulário próprio da CONTRATADA corretamente preenchido, CAGED ou listagem FGTS, cópia da Ficha de Funcionário, cópia do RG e CPF para o titular e dependentes; cópia da certidão de nascimento dos filhos, cópia da certidão de casamento ou declaração de convivência para o cônjuge; cópia do comprovante de residência.
- 2.24 Documentos exigidos para exclusão: formulário próprio da CONTRATADA corretamente preenchido, cópia da rescisão contratual para os funcionários demitidos sem justa causa ou aposentados.
- 2.25 A exclusão do BENEFICIÁRIO titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.
- 2.26 O BENEFICIÁRIO dependente 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.

### CLÁUSULA III - COBERTURAS DE PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 3.1 A prestação da assistência médica na segmentação ora contratada, 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, 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.**
- 3.2 O Plano ora contratado compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, em todas as modalidades de internação hospitalar, os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, e observada as especificações a seguir.

#### Consultas e Exames:

- 3.3 Está compreendida neste plano a cobertura para:
- Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e credenciadas pela CONTRATADA;
- Atenção - As consultas médicas são asseguradas em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM e não na área de atuação médica.** Exemplo: a UNIMED BELÉM assegurará consulta na especialidade de Pneumologia, mas não na área de atuação Pneumologia pediátrica.
- Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista, **exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA;**
  - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
  - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecidas nas Diretrizes de Utilização e Clínicas do **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, vigente na época do evento, conforme indicação do médico assistente, na rede credenciada da CONTRATADA;



- e) 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 Clínicas e 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 credenciada da CONTRATADA;
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listado no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, de acordo com as Diretrizes clínicas e de Utilização, vigentes 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 credenciada da CONTRATADA;
- g) Ações de planejamento familiar, listadas no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, bem como nas Diretrizes de Utilização, vigente na época do evento, para a segmentação ambulatorial, **exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA**;
- h) Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme cláusula específica sobre o tema;
- i) Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar ou ambulatorial, de acordo com a cláusula específica sobre o tema;
- j) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- k) 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;

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

- l) 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, conforme diretrizes de utilização e relacionados aos procedimentos elencados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.
- m) Procedimentos de radioterapia ambulatorial, listados no Rol de procedimentos;
- n) 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;
- o) Hemoterapia ambulatorial; e
- p) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos editado pela ANS e de acordo com as Diretrizes de Utilização.

#### Internações:

3.4 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, **apenas nos prestadores hospitalares credenciado à CONTRATADA**, independentemente de ser internação na acomodação contratada ou UTI - Unidade de Terapia Intensiva, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação.

3.5 Está compreendida/o neste plano a cobertura para:

- a) Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pelo plano;
- b) Despesas referentes a honorários médicos credenciados, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente prescrita pelo médico assistente;
- c) 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**.
- d) Toda e qualquer taxa, incluindo os custos dos materiais utilizados, que se fizerem devidos durante a internação hospitalar que se adéquem às condições de cobertura previstas nesse contrato;

- e) Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:
  - I) Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
  - II) Que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por Resolução Normativa, respeitando-se a segmentação contratada.
- f) Remoção do paciente, conforme cláusula específica para este tema;
- g) Atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- h) 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, a internação compreenderá despesas de acompanhante no hospital, salvo contra-indicação justificada do médico. As despesas relativas ao acompanhante incluem acomodação e alimentação.

**A acomodação e alimentação seguirão os padrões de hotelaria do prestador para acompanhantes.**

- i) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:
  - 1) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - 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. Para fins de entendimento, esclarece-se que são definidos como adjuvantes, medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;
  - 3) 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, conforme diretrizes de utilização e relacionados aos procedimentos elencados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
  - b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.
- 4) Todos os procedimentos de radioterapia descritos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;
  - 5) Hemoterapia;
  - 6) Nutrição parenteral ou enteral;
  - 7) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol de procedimentos vigente à época do evento;
  - 8) Embolizações listadas no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;
  - 9) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - 10) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listado no rol de procedimentos editado pela ANS;
  - 11) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no anexo, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

### 3.6 Psiquiatria

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.
2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
3. Todos os procedimentos serão cobertos unicamente nos estabelecimentos referenciados para o plano.

- 3.6.1 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 autoagressão e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- 3.6.2 Este plano abrange o 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.
- 3.6.3 São garantidos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, em rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.
- 3.6.4 É garantido o custeio integral de 30 dias de internação, nos 12 (doze) meses de vigência não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, **exclusivamente na rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b><u>Havendo utilização maior que 30 (trinta) dias durante o período de 12 (doze) meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada coparticipação por dia de internação. A Coparticipação será de 50% do valor da internação, contratado entre a UNIMED BELÉM e o prestador.</u></b></li></ul> |
|---|

- 3.6.5 É garantida a cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as diretrizes de utilização, nos casos de:
- Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
  - Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
  - Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
  - Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).
- 3.6.6 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.

### **Transplantes:**

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

- Despesas de assistência médica com os doadores vivos;

- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
  - I) 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.
  - II) 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.
  - III) 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.
  - IV) 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.

### Órteses, Próteses e Materiais Especiais

- 3.8 São cobertas órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no rol de procedimentos, salvo as arroladas na cláusula de exclusão.
- a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME - necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de procedimentos;
  - b) 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;
  - c) **É VEDADO AO MÉDICO EXIGIR DETERMINADA MARCA OU FORNECEDOR DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS.**

- d) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, em junta médica, com as despesas custeadas pela CONTRATADA.
- e) O BENEFICIÁRIO, ao receber prótese ou órtese para determinada cirurgia, comprometer-se-á a seguir as orientações do médico assistente quanto ao seu bom uso, para propiciar 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.
- f) Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
- g) 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.

### 3.9 Outras Garantias

- a) São cobertos **procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais** listados no rol de procedimentos para a segmentação hospitalar, **exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA**, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação de exames complementares pelo cirurgião dentista assistente, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizado durante o período de internação hospitalar.
- b) 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, **exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA**.

- 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.

- c) 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;

- d) 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.
- e) **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.**
- f) 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.
- g) É assegurada a participação de profissional médico **anestesiologista** nos procedimentos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.
- h) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecidas no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.
- i) Os procedimentos listados no **Rol de Procedimentos da ANS, na forma das Diretrizes de utilização e Clínicas, bem como no PROUT** serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente.
- j) Os procedimentos necessários ao tratamento das **complicações clínicas e cirúrgicas**, decorrentes de procedimentos não cobertos, são garantidos se constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.
- k) 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.
- l) Os procedimentos realizados **por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas** serão assegurados quando assim especificados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento.
- m) É assegurado ao BENEFICIÁRIO deste plano o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, de acordo com o Anexo IV da Resolução Normativa RN nº 387/2015. Havendo necessidade de utilização de quaisquer desses materiais, o CONTRATANTE deverá primeiramente se informar qual é a política de fornecimento adotada pela UNIMED BELÉM.

### 3.10 Obstetrícia

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



- a) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
  - Pré-parto;
  - Parto; e
  - Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
- c) 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 pelo pai ou mãe;
- d) 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 387/2015.

### 3.11 Importante - Rol de Procedimentos

3.11.1 Os 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:

- a) INCLUSÃO DE NOVOS PROCEDIMENTOS;
- b) EXCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS;
- c) PREVISÃO DE NOVAS TÉCNICAS MÉDICAS;
- d) EXCLUSÃO DE TÉCNICAS MÉDICAS; e
- e) ALTERAÇÃO DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO e CLÍNICAS DOS PROCEDIMENTOS, BEM COMO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO.

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.

## CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 A COBERTURA DESTES 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 DESTES 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;
- 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 realizadas pelo BENEFICIÁRIO internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- 4.2.12 Despesas extraordinárias, produtos de toalete a acompanhantes;
- 4.2.13 Refeições de acompanhantes, exceto se acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos, idosos, portadores de necessidades especiais, a critério médico, ou parturientes;
- 4.2.14 Enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar ou domiciliar, serviços de *Home Care*;
- 4.2.15 Exames não reconhecidos pela ANVISA;
- 4.2.16 Necropsias, identificação de cadáveres ou restos mortais;
- 4.2.17 Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- 4.2.18 Inseminação artificial, técnica de reprodução artificial, estudo do DNA;
- 4.2.19 Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 4.2.20 Medicamentos de manutenção em transplantados e doadores;

- 4.2.21 Medicamentos importados não nacionalizados;
- 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 ou medicamentos importados não nacionalizados mesmo em caso de internação hospitalar.

## CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO

- 5.1 O período de vigência deste contrato será de **12 (doze) meses**, contados a partir da data da sua assinatura.
- 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, de acordo com o artigo 16, II, da Lei 9656/1998.
- 5.5 As partes poderão a negociar o início da vigência do contrato.

## CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIAS

- 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 Para o presente contrato não poderá ser exigido o cumprimento de carências, na ocorrência dos dois requisitos abaixo de forma concomitante:
- 6.2.1 O número de participantes no contrato for igual ou maior que 30 (trinta) e
- 6.2.2 Para os BENEFICIÁRIOS que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
- 6.3 Ressalvada a hipótese acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecido no plano contratado, sendo contado do ingresso do BENEFICIÁRIO no contrato de plano de saúde, sendo 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.

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

### Declaração de Saúde

- 7.2 No momento da adesão, 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 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.
- 7.4 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, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.
- 7.8 **Não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, na ocorrência dos dois requisitos abaixo de forma concomitante:**
- 7.8.1 O número de participantes no contrato for igual ou maior que 30 (trinta);
- 7.8.2 Para os BENEFICIÁRIOS que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
- 7.9 **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 Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e está disponível para consulta no site: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).
- 7.10 **Agravo** - 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.

#### Processo Administrativo por Fraude

- 7.11 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:
- 7.11.1 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;

- 7.11.2 Oferecer agravo; e
- 7.11.3 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.
- 7.12 O oferecimento do Agravo deve ser acompanhado do oferecimento de CPT, sendo então o oferecimento de CPT obrigatório nestes casos e do Agravo opcional, nas situações as quais a operadora não optou por oferecimento de cobertura total.
- 7.13 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.
- 7.14 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.
- 7.15 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.
- 7.16 Na hipótese acima, de acolhimento da alegação da CONTRATADA pela ANS, o BENEFICIÁRIO que foi parte no processo administrativo poderá ser excluído do plano.
- 7.17 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 autoagressão 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 prazo de carência máximo de 180 dias, 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 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.
- 8.11 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, no caso 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 relacionado 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 internação, 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 BENEFICIÁRIO 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, valorizados de acordo com o CH praticado pela operadora).
- 8.19 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.
- 8.20 Não será reembolsado ao BENEFICIÁRIO, nos casos de urgência e emergência, valor inferior que o praticado pela CONTRATADA e sua rede contratada.
- 8.21 A documentação mínima exigida para reembolso é a seguinte:
- Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
  - 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
  - e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- 8.22 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência;
- 8.23 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.
- 8.24 O BENEFICIÁRIO tem o prazo de até um ano para solicitar o reembolso. Decorrido o prazo de um ano, sem que tenha sido feita a apresentação da documentação, a CONTRATADA estará desobrigada de proceder ao reembolso.
- 8.25 Não serão reembolsados:
- 8.25.1 Procedimentos realizados em caráter eletivo;
  - 8.25.2 Procedimentos não cobertos pelo plano;
  - 8.25.3 Eventos sem comprovação de pagamento.

## CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

### 9.1 Condições de atendimento ao BENEFICIÁRIO

- 9.1.1 A CONTRATADA assegurará aos BENEFICIÁRIOS inscritos neste contrato, as coberturas nele previstas, nas condições ajustadas, 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) Rede Credenciada

- I) A CONTRATADA assegurará os procedimentos cobertos pelo plano exclusivamente na rede por ela contratada ou credenciada.
- II) Os serviços contratados neste instrumento particular serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos credenciados e de rede própria ou por ela contratada, dentro da área de abrangência definida neste contrato.

- III) 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 abrangência geográfica definida neste contrato.
- IV) Não estão compreendidos neste contrato os honorários de profissionais não credenciados.
- V) A operadora disponibilizará GUIA MÉDICO, pela internet, no site [www.unimedbelem.com.br](http://www.unimedbelem.com.br), onde constarão laboratórios credenciados, centros de diagnósticos, médicos credenciados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios e, dentre esses, quais os que disponibilizam serviços de urgência e emergência.
- VI) 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 e demais instruções normativas editadas pela ANS. Na troca de prestador hospitalar, o novo contratado ou credenciado será equivalente.
- VII) 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.
- VIII) 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.
- IX) Embora os hospitais abaixo relacionados façam parte da rede contratada de outras UNIMEDs, NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NA COBERTURA DESTE CONTRATO, mesmo para atendimento de urgência e emergência:
- 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, Hospital 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;
- 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 (Hospital A. C. Camargo), 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.

X) 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.

#### **B) Autorização e Auditoria prévias**

I) 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.

- II) Ao precisar realizar exames, internações ou procedimentos, o BENEFICIÁRIO deverá encaminhar-se pessoalmente ao centro administrativo: Travessa Curuzú, 2212, bairro Marco ou ligar para o telefone **0800 7296000**, para se informar da necessidade de obtenção de autorização prévia.
- III) Estão sujeitos à autorização prévia: internação hospitalar eletiva, sessões com profissionais não médicos (nutricionistas, psicólogos, terapeutas, fisioterapeutas), terapias (acupuntura, quimioterapias), exames e procedimentos cirúrgicos eletivos, de baixa e alta complexidade, assim definidos no rol de procedimentos.
- a) **Para obtenção da autorização dos procedimentos listados neste item é imprescindível a apresentação de documento de identidade, carteira de identificação na Unimed e solicitação médica.**
- IV) 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.
- V) Ao recepcionar a solicitação, após a avaliação das condições contratadas pelo setor de autorizações (Carências, abrangência geográfica, contratação de CPT), o auditor da UNIMED BELÉM poderá solicitar ao BENEFICIÁRIO exames e laudos para verificar a adequação da indicação, bem como o preenchimento das condições previstas nas Diretrizes de utilização, ou das Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização, se for o caso, publicadas pela ANS, e atendimento aos protocolos.
- VI) Nos casos de urgência/emergência, a guia de internação e autorização serão providenciadas pelo hospital prestador de serviço junto à CONTRATADA.
- VII) Havendo necessidade de autorização prévia, o BENEFICIÁRIO deverá, antes de agendar o procedimento com o prestador, dirigir-se até a CONTRATADA, de posse da solicitação médica ou do cirurgião dentista assistente para obtenção da autorização e agendamento.
- VIII) 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.
- IX) Para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico assistencial pelo profissional da operadora, é garantida ao BENEFICIÁRIO, no caso de situações de divergências médicas a respeito de auditoria médica, a definição de impasse através de JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA constituída na forma adiante disposta no presente instrumento, nos termos estabelecidos pela ANS.

- X) A guia de autorização emitida tem validade por 30 (trinta) dias e, após esse prazo, o BENEFICIÁRIO terá que renová-la no setor de atendimento da CONTRATADA.
- XI) Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a CONTRATADA informará ao BENEFICIÁRIO detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.
- XII) O BENEFICIÁRIO, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações prestadas na forma do item anterior sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.
- XIII) Fornecida resposta direta ao BENEFICIÁRIO sobre o resultado da análise de sua solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, a este será garantida a faculdade de requerer a reanálise de sua solicitação, a qual será apreciada pela Ouvidoria da CONTRATADA, instituída na forma da RN nº 323/2013 ou outra normativa que vier a alterá-la ou revogá-la.
- XIV) No mesmo ato de fornecimento da resposta direta ao BENEFICIÁRIO, a CONTRATADA o informará acerca do prazo, forma e procedimento a serem observados para apresentação do requerimento de reanálise, inclusive no que se refere à instauração de junta médica, caso haja manifestação de divergência do profissional de saúde solicitante.
- XV) Caso o BENEFICIÁRIO não esteja em Belém, 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. Não havendo Unimed na cidade, o BENEFICIÁRIO deverá entrar em contato diretamente com a Unimed Belém.
- XVI) 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.
- XVII) O BENEFICIÁRIO não será reembolsado de acordos particulares que tenha feito diretamente com o prestador, a não ser que a UNIMED BELÉM o tenha previamente autorizado a fazê-lo mediante documento escrito.

XVIII) Incorrendo na hipótese do item anterior, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar os valores gastos à Unimed Belém, mediante documentos, recibos e notas fiscais originais. O reembolso, depois de apresentada toda documentação solicitada, será realizado em até 30 dias.

### C) Junta Médica

- I) Os pedidos de órteses e próteses, bem como de procedimentos, terapias, feitos pelo médico/profissional assistente serão avaliados pela auditoria, quanto à indicação, quantidade.
- II) Para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico assistencial pelo profissional da operadora, é garantida ao BENEFICIÁRIO, no caso de situações de divergências médicas a respeito de auditoria médica, a definição de impasse através de JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA constituída por 03 (três) profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas, sendo o assistente, o da operadora e o desempatador, observadas as seguintes disposições:
  - a) O profissional assistente e o profissional da operadora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador.
  - b) A remuneração do profissional desempatador ficará a cargo da CONTRATADA.
  - c) A junta médica ou odontológica poderá ocorrer, a critério do desempatador, nas modalidades: I) presencial, quando se fizer necessária a presença do BENEFICIÁRIO junto aos profissionais; ou II) à distância, na hipótese em que não for necessária a presença do BENEFICIÁRIO junto aos profissionais.
  - d) Instaurada a junta médica ou odontológica, o prazo para a realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempatador que indica a não realização do procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento estabelecidos pela ANS.
  - e) Os prazos de garantia de atendimento serão suspensos por 03 (três) dias úteis quando o desempatador solicitar exames complementares, bem como na ausência comunicada do BENEFICIÁRIO à junta presencial.
  - f) O parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.
  - g) A CONTRATADA garantirá profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.

## CLÁUSULA X - 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 valor da contraprestação pecuniária efetuado pela CONTRATANTE antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

### Pagamento da contraprestação pecuniária:

- 10.2 O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade) e das coparticipações, decorrentes deste Contrato, é de responsabilidade da CONTRATANTE, excetuados os casos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9.656/98, sendo certo que, o valor estipulado nesta data, corresponde ao número de BENEFICIÁRIOS indicados na Solicitação de Adesão, respeitadas as faixas etárias dos BENEFICIÁRIOS inscritos.
- 10.3 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.
- 10.4 O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.
- 10.5 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.
- 10.6 O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.
- 10.7 O preço por BENEFICIÁRIO cadastrado ou excluído fora do período predeterminado na Solicitação de Inclusão será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de BENEFICIÁRIOS, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.
- 10.8 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.
- 10.9 Em caso de atraso no pagamento das obrigações pecuniárias superiores a 30 (trinta) dias, a CONTRATADA poderá, a seu critério, suspender ou rescindir o contrato.
- 10.10 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês, não quita débitos anteriores.
- 10.11 Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da CONTRATANTE.
- 10.12 Nenhum pagamento será reconhecido como feito à CONTRATADA, se a CONTRATANTE não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela CONTRATADA.
- 10.13 Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

### Demitidos, exonerados e Aposentados

- 10.14 Os BENEFICIÁRIOS demitidos, exonerados e aposentados que fazem jus ao direito previsto no art. 30 e art. 31 da Lei 9.656/98 e que o exercerem conforme legislação vigente e no prazo estabelecido são integralmente responsáveis pelos valores de sua mensalidade e de seu grupo familiar.
- 10.15 Não caberá qualquer cobrança à CONTRATANTE de eventuais atrasos ou inadimplência dos BENEFICIÁRIOS demitidos, exonerados e aposentados, únicos responsáveis pelo pagamento e consequências do inadimplemento de sua obrigação.
- 10.16 Os boletos de cobrança de mensalidade serão encaminhados diretamente ao endereço informado pelo BENEFICIÁRIO, na oportunidade da opção pela manutenção ao plano.
- 10.17 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, diretamente do BENEFICIÁRIO.

## CLÁUSULA XI - REAJUSTE

### 11.1 Reajuste Anual

- 11.1.1 Os valores do contrato serão reajustados anualmente, independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, no aniversário de vigência do contrato, sem prejuízo das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.
- 11.1.2 Os valores da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), **sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.**
- 11.1.3 Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico atuarial do contrato.
- 11.1.4 No reajuste da contraprestação pecuniária será também considerada a variação da população (distribuição por sexo e faixa etária), que possa implicar em alteração do perfil técnico atuarial da carteira de BENEFICIÁRIOS, visando com isso o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem prejuízo da periodicidade anual estabelecida na Resolução Normativa - RN 195 e suas alterações.
- 11.1.5 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato.



- 11.1.6 Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, por desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, o mesmo será aplicado de forma complementar ao reajuste que trata o item 11.1.2 e poderá ser negociado entre as partes.
- 11.1.7 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.
- 11.1.8 O reajuste aplicado será informado à ANS no prazo máximo de 30 dias.

## 11.2 Contratos Coletivos com menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS

11.2.1 Todos os contratos coletivos com menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS na data de seu aniversário serão reunidos para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento, segundo a metodologia abaixo:

### 11.2.2 Metodologia de Cálculo:

#### 11.2.2.1 Projeção das frequências de utilização:

- As frequências de utilização serão classificadas de acordo com os seguintes agrupamentos: consultas, exames, procedimentos em regime ambulatorial, procedimentos em regime de internação hospitalar (excluindo partos) e partos.
- Uma série histórica de no mínimo 3 (três) anos mais recentes será devidamente compilada.
- O seguinte modelo funcional será utilizado para fins de projeção:

$$frecuencia_{agrupamento} = e^{a+\beta \cdot ano}$$

- Os parâmetros **A** e **B** serão estimados utilizando-se o critério estatístico dos mínimos quadrados, disponibilizado no aplicativo Excel, como também em outros aplicativos (SAS, SPSS, etc.). A letra “e” mostrada no modelo é a constante matemática igual a 2,7182818285.
- A projeção se materializa pela substituição no referido modelo dos valores estimados para os parâmetros e pela substituição da variável “ano” pelo correspondente ano a ser projetado.

#### 11.2.2.2 Projeção dos custos médios dos procedimentos

- Serão fixados os fatores de reajustamento a serem negociados com a rede credenciada;

- b) Tais fatores aplicados sobre os valores em vigor produzirão os custos médios a vigor durante o período de aplicação do reajuste estabelecido na RN 309.

### 11.2.3 Determinação do Reajuste

A fórmula abaixo produzirá o fator de reajuste do Pool de Risco:

$$fator = \frac{f_{cons}^p}{f_{cons}^a} \times \frac{cm_{cons}^p}{cm_{cons}^a} \times \frac{f_{exam}^p}{f_{exam}^a} \times \frac{cm_{exam}^p}{cm_{exam}^a} \times \frac{f_{ambu}^p}{f_{ambu}^a} \times \frac{cm_{ambu}^p}{cm_{ambu}^a} \times \frac{f_{inte}^p}{f_{inte}^a} \times \frac{cm_{inte}^p}{cm_{inte}^a} \times \frac{f_{parto}^p}{f_{parto}^a} \times \frac{cm_{parto}^p}{cm_{parto}^a}$$

Onde:

$f_{cons}^p$  = frequência de utilização de consultas projetada;

$cm_{cons}^p$  = custo médio projetado da consulta;

$f_{exam}^p$  = frequência de utilização de exames projetada;

$cm_{exam}^p$  = custo médio projetado de exames;

$f_{ambu}^p$  = frequência de utilização projetada para procedimentos ambulatoriais;

$cm_{ambu}^p$  = custo médio projetado para exames ambulatoriais;

$f_{inte}^p$  = frequência de utilização projetada para procedimentos em regime de internação;

$cm_{inte}^p$  = custo médio projetado para procedimentos em regime de internação;

$f_{parto}^p$  = frequência de utilização projetada para partos;

$cm_{parto}^p$  = custo médio projetado para partos.

Os parâmetros do denominador têm idêntica designação, referidos aos 12 (doze) meses mais recentes utilizados na apuração, função da disponibilidade das informações.

- 11.2.4 Caso a quantidade de BENEFICIÁRIOS do contrato agregado seja superior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS na data do aniversário, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.
- 11.2.5 A apuração da quantidade de BENEFICIÁRIOS do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.
- 11.2.6 O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

- 11.2.7 A operadora divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano e manterá em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos.

## CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS

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

FAIXA	%	FAIXA	%
0 a 18 anos	-	39 a 43 anos	10,00
19 a 23 anos	25,00	44 a 48 anos	10,00
24 a 28 anos	20,00	49 a 53 anos	15,00
29 a 33 anos	20,00	54 a 58 anos	25,00
34 a 38 anos	10,00	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 percentuais de variação estão também demonstrados na proposta de admissão anexa.

## CLÁUSULA XIII - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

### 13.1 DIREITOS DOS DEDITIDOS

- 13.1.1 Nos casos de ex-empregados, quando da rescisão de contrato ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao BENEFICIÁRIO Titular o direito à manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que já contribuísse no plano contratado e ainda assumindo o pagamento integral da mensalidade**, conforme determinação da legislação em vigor.

- 13.1.2 O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO a que se refere o subitem anterior será de um terço do tempo de permanência no plano mantido pela CONTRATANTE, não podendo ser inferior a 6 (seis) meses nem superior a 24 (vinte e quatro) meses, e cessará quando da admissão em novo emprego.
- 13.1.3 O benefício assegurado nos itens anteriores desta Cláusula se estende aos BENEFICIÁRIOS dependentes. Poderão ser incluídos além dos dependentes inscritos no plano à época da vigência do contrato de trabalho novo cônjuge e filhos.
- 13.1.4 O BENEFICIÁRIO tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias da demissão para o exercício do direito descrito nos itens anteriores desta cláusula.
- 13.1.5 Em caso de morte do titular ex-empregado demitido, os dependentes têm direito de manter-se no plano até o final do prazo do benefício.

## 13.2 DIREITOS DOS APOSENTADOS

- 13.2.1 Ocorrendo a aposentadoria do BENEFICIÁRIO Titular, que seja contribuinte do plano e esteja incluído em plano coletivo de saúde da CONTRATANTE há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado o direito à manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade por prazo indeterminado, cessando quando da admissão em novo emprego.
- 13.2.2 Caso o período de permanência no plano coletivo seja inferior aos 10 (dez) anos, a manutenção do plano de saúde aqui assegurada terá a duração de 01 (um) ano para cada ano em que se manteve contribuindo para o plano de saúde da CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.
- 13.2.3 A manutenção assegurada se estende aos BENEFICIÁRIOS dependentes. Poderão ser incluídos além dos dependentes inscritos no plano à época da vigência do contrato de trabalho novo cônjuge e filhos.
- 13.2.4 O BENEFICIÁRIO tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias da aposentadoria para o exercício do direito descrito nos itens anteriores desta cláusula.
- 13.2.5 O disposto neste item aplicar-se-á somente para ex-funcionários, aposentados, demitidos ou exonerados sem justa causa, na vigência do presente instrumento, não sendo extensivo àqueles BENEFICIÁRIOS Titulares **com vínculo empregatício rescindido ou aposentados anteriormente a esta contratação.**
- 13.2.6 No caso de cancelamento desse contrato, será disponibilizado ao BENEFICIÁRIO, plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, pelo preço de tabela vigente, comercializado pela CONTRATADA.

- 13.2.7 Nos planos custeados integralmente pela empresa CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

### 13.3 DO DIREITO À PORTABILIDADE

- 13.3.1 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO tratada neste item, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, na forma prevista na RN 186 e suas alterações posteriores.
- 13.3.2 Se durante o gozo do direito de manutenção do plano o ex-empregado titular falecer, os dependentes poderão exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento, na forma prevista na RN 186 e suas alterações posteriores.

### 13.4 DA EXTINÇÃO DO DIREITO DE MANUTENÇÃO

- 13.4.1 O benefício da manutenção no plano de inativos será extinto, independentemente de notificação, quando:
- 13.4.1.1 A empresa CONTRATANTE cancelar o contrato;
- 13.4.1.2 Exaurido o tempo do benefício;
- 13.4.1.3 Assunção de emprego em outra empresa.

### 13.5 DAS QUESTÕES OPERACIONAIS

#### 13.5.1 Obrigações da CONTRATANTE

- 13.5.1.1 A CONTRATANTE reconhece que pelos termos da lei deverá optar entre contratar plano de saúde exclusivo para o empregado demitido sem justa causa ou aposentado ou permitir a manutenção dos referidos BENEFICIÁRIOS no plano existente para ativos, nos termos e pelo período estabelecido na RN 279/2011.
- 13.5.1.2 A manutenção da condição de BENEFICIÁRIO no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de **reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho**. O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações.

- 13.5.1.3 O plano exclusivo deverá abrigar os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados. O referido plano deverá ser oferecido e mantido na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.
- 13.5.1.4 O plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá possuir condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciada daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.
- 13.5.1.5 A CONTRATANTE deverá dar ciência, no ato da demissão, ao empregado demitido, exonerado ou aposentado da opção de manter-se no plano destinado aos inativos, que deverá ser feita em 30 (trinta) dias da comunicação, sob pena de perda do direito.
- 13.5.1.6 Ao solicitar exclusão do empregado demitido ou aposentado, deverá fazê-lo na ficha de solicitação de exclusão, devidamente assinada pelo empregado e acompanhada de documentos comprobatórios das informações prestadas.
- 13.5.1.7 A exclusão do empregado somente será efetivada após entrega da ficha de exclusão assinada, devidamente instruída com documentos, para que a operadora possa avaliar sobre o direito do empregado ao benefício da manutenção no plano.
- 13.5.1.8 Enquanto o funcionário estiver incluído no plano, como empregado ativo da empresa, a CONTRATANTE será responsável pelo pagamento da mensalidade do plano perante a CONTRATADA.
- 13.5.1.9 Após o final processamento da exclusão do funcionário pela CONTRATADA, a CONTRATANTE não terá quaisquer obrigações em relação ao pagamento da mensalidade do referido funcionário.

### 13.5.2 Obrigações da CONTRATADA

- 13.5.2.1 A CONTRATADA deverá apresentar ao empregado, sempre que solicitado, a tabela de preços do plano, com as devidas faixas etárias.

## 13.6 DAS OBRIGAÇÕES DO EX-EMPREGADO

- 13.6.1 Para assegurar o direito à manutenção, o ex-empregado deverá dirigir-se à operadora dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da demissão para assinar termo de admissão ao plano de inativos.

13.6.2 A responsabilidade pelo pagamento das mensalidades será exclusivamente do ex-empregado.

### 13.7 DO REAJUSTE DO PLANO EXCLUSIVO PARA INATIVOS

13.7.1 Para aplicação de reajuste ao plano exclusivo para inativos, será considerada toda carteira da CONTRATADA e aplicada a seguinte fórmula:

Fórmula do reajuste aplicado:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Maximo}(0; RT)) \times (1 + IGPM) - 1$$

Onde:

**RF (Reajuste Financeiro):** IGPM, conforme definido em contrato;

**RT (Reajuste Técnico):** determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/S_m - 1$$

Em que:

**S** = sinistralidade.

**S<sub>m</sub>** = 75%

13.7.2 A CONTRATADA deverá divulgar em seu Portal Corporativo na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

## CLÁUSULA XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 14.1 A suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito, assinado e em papel timbrado da CONTRATANTE. Esse documento poderá ser enviado fisicamente ou através de correspondência eletrônica no período da Movimentação Cadastral.
- 14.2 O BENEFICIÁRIO titular poderá solicitar à CONTRATANTE, por qualquer meio, a sua exclusão ou a exclusão de dependente inscrito no presente contrato de plano de saúde coletivo empresarial.
- 14.3 A CONTRATANTE deverá cientificar a CONTRATADA em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.
- 14.4 Expirado o prazo disposto no item anterior sem que a CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do BENEFICIÁRIO à CONTRATADA, o BENEFICIÁRIO titular poderá solicitar a exclusão diretamente à CONTRATADA.

- 14.5 A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência pela CONTRATADA.
- 14.6 A CONTRATANTE obriga-se a proceder à devolução do cartão de identificação destinada ao uso do sistema, pertencente ao BENEFICIÁRIO excluído, sob pena de se sujeitar ao pagamento integral de procedimentos utilizados após o cancelamento.
- 14.7 A CONTRATADA poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência à saúde do BENEFICIÁRIO titular e dependentes, durante a vigência contratual, e sem a necessidade de anuência da contratante nos seguintes casos:
- 14.7.1 Fraude; ou
  - 14.7.2 Por perda dos vínculos do BENEFICIÁRIO titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE.
- 14.8 A exclusão de BENEFICIÁRIO titular, a pedido da CONTRATANTE, por motivo de demissão, aposentadoria, morte ou por qualquer outra circunstância, cancelará, automaticamente, a inscrição de todos os seus respectivos dependentes, obrigando-se a devolver todas as carteiras de identificação à CONTRATADA.
- 14.9 Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES serão excluídos se houver perda dos vínculos de dependência descritos na cláusula que trata das condições de admissão.
- 14.10 A separação de corpos, separação judicial, divórcio e a dissolução da união estável retiram do cônjuge/companheiro o direito de permanecer no contrato na situação de dependente.
- 14.11 A maioria ou emancipação dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES ou o prazo final da tutela e da curatela acarretará a perda de qualidade de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE.
- 14.12 O BENEFICIÁRIO dependente 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.
- 14.13 As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.
- 14.14 A CONTRATANTE deverá comunicar aos BENEFICIÁRIOS inscritos no plano sobre a extinção do contrato, informando-os, ainda, **caso não haja continuidade do benefício com outra Operadora de Planos de Saúde**, sobre:
- 14.14.1 O direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do BENEFICIÁRIO e que a CONTRATANTE esteja em dia com o pagamento de suas faturas mensais;



14.14.2 Permanecerem no plano da CONTRATANTE destinado a inativos, de acordo com a regulamentação vigente.

## CLÁUSULA XV - RESCISÃO/SUSPENSÃO

- 15.1 Havendo inadimplemento por 15 (quinze) dias, consecutivos ou não, haverá suspensão de cobertura. O contrato será rescindido de pleno direito em caso de inadimplemento por 30 (trinta) dias, consecutivos ou não.
- 15.2 Fica definido que a rescisão imotivada por ambas as partes, somente poderá ocorrer depois de decorrido o período obrigatório de vigência de 12 (doze) meses do contrato, com notificação prévia de no mínimo 60 (sessenta) dias.
- 15.3 Durante o período inicial de vigência de 12 (doze) meses, é facultado à CONTRATANTE denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) 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.
- 15.4 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.
- 15.5 O contrato será rescindido se permanecer sem BENEFICIÁRIOS inscritos durante o prazo de 30 (trinta) dias.

## CLÁUSULA XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 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 e os Recibos de Pagamento, 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](http://www.ans.gov.br) e acessível por meio do site [www.unimedbelem.com.br](http://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 TRANSFERÊNCIA/MIGRAÇÃO DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, constituindo-se causa para contratação de novo plano.

- 16.5 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.
- 16.6 A autorização, por parte da CONTRATADA, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à CONTRATANTE direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da CONTRATADA.
- 16.7 A tolerância ou a demora da CONTRATADA em exigir da CONTRATANTE o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.
- 16.8 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 e para cumprimento de exigências da ANS.
- 16.9 Os BENEFICIÁRIOS com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.
- 16.10 A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como informação ao CONTRATANTE, a partir da data do respectivo pagamento.
- 16.11 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

### CLÁUSULA XVII - ELEIÇÃO DE FORO

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

17.2 Por estarem assim, justos e contratados, firmam o presente contrato.

Belém, 15 de junho de 2021

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXXXX  
Diretor Geral

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Diretor Administrativo

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA