

**UNIMAX SETORIAL ENFERMARIA
AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM ATENDIMENTO OBSTÉTRICO EM ENFERMARIA**

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares de Diagnóstico e terapia
ESTE CONTRATO ENCONTRA-SE REGISTRADO SOB O NÚMERO DE ORDEM 262921, DO LIVRO A, NÚMERO 07, SOB O PROTOCOLO 10324321, LIVRO B, Nº 05 DO REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS DO PRIMEIRO OFÍCIO DE BELÉM DO PARÁ, EM 28 DE MAIO DE 2008.

CLÁUSULA I – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Art. 1º - Unimed de Belém – Cooperativa de Trabalho Médico, classificada como Cooperativa Médica, com sede na cidade de **Belém, estado do Pará, na Tv. Curuzu, 2212, Bairro Marco**, inscrita no CNPJ sob n.º **04.201.372/0001-37**, registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará sob n.º 232 e na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS n.º **30.397-6**, neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

CLÁUSULA II – QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE E DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 2º - CONTRATANTE: Pessoa identificada na Proposta de Admissão, documento que acompanha o presente Contrato como peça integrante deste instrumento contratual, responsável pela contratação de serviços de assistência à saúde para os beneficiários indicados por ele.

Art. 3º - BENEFICIÁRIO: Pessoa física indicada pelo CONTRATANTE e inscrita pela CONTRATADA, que usufruirá dos serviços ora pactuados, na qualidade de titular, seus respectivos dependentes ou, ainda, agregados, conforme definido na CLÁUSULA IX – INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS.

CLÁUSULA III – DO OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO

Art. 4º - A CONTRATADA que é qualificada como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, de acordo com o inciso I do §1º, do artigo 1º da Lei nº 9656/98, compromete-se a prestação continuada de serviços médico-hospitalares visando a assistência à saúde ao Beneficiário Titular e aos seus respectivos dependentes, **que venham expressamente qualificados na Proposta de Admissão**, através de Rede restrita ao Plano contratado, obedecendo à abrangência geográfica contratual e aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e **dentro das condições, exclusões e limites definidos neste Contrato**.

Art. 5º - O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, assumindo o BENEFICIÁRIO o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la.

CLÁUSULA IV – NOME COMERCIAL E REGISTRO NA ANS

Art. 6º - O nome comercial do plano é UNIMAX SETORIAL ENFERMARIA e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº **436.937/02-8**.

CLÁUSULA V – TIPO DE CONTRATAÇÃO

Art. 7º - O tipo de contratação deste plano é Individual/Familiar.

CLÁUSULA VI – TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Art. 8º - A segmentação assistencial deste contrato é Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

CLÁUSULA VII – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Art. 9º - Com base na Lei nº 9.656/98 e regulamentações, os atendimentos previstos neste contrato terão cobertura na rede preferencial para o produto ora contratado, com área de abrangência em Grupo de Municípios, delimitados aos municípios do Estado do Pará: Ananindeua e Marituba.

CLÁUSULA VIII – PADRÃO ACOMODAÇÃO

Art. 10 - O BENEFICIÁRIO e seus dependentes terão direito, em caso de internação hospitalar, **em quarto coletivo/padrão enfermaria**.

CLÁUSULA IX – INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 11 - Conforme definido na qualificação do CONTRATANTE, são considerados como BENEFICIÁRIOS deste Contrato, o BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes, indicados na Proposta de Admissão anexa, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao BENEFICIÁRIO titular.

§1º. BENEFICIÁRIOS dependentes são:

- a) O cônjuge;
- b) Os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- c) O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) O convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) Os filhos comprovadamente inválidos.

§2º. Poderão ser incluídos, BENEFICIÁRIOS dependentes, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que na presença, cumulativa, dos seguintes requisitos:

- a) O BENEFICIÁRIO deverá assinar Termo Aditivo de Inclusão,
- b) Pagamento da Taxa de Inscrição estipulada pela CONTRATANTE, e;
- c) A mensalidade deverá ter o acréscimo, no ato da inclusão do dependente, do valor *per capita*.

§3º. Em caso de inclusão de novo dependente, este deverá cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato.

§4º. Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo menor de 12 anos do BENEFICIÁRIO, será garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida ou adoção, bem como a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção e após o cumprimento de 300 dias de carência pelo BENEFICIÁRIO.

CLÁUSULA X – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Art. 12 - Está compreendido neste Contrato o atendimento de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 13 - Os BENEFICIÁRIOS deste Contrato terão direito aos serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, relacionados no CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, em conformidade com o Rol de procedimentos em vigor na data da assinatura do presente contrato.

Art. 14 - Estão cobertos os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia ambulatorial;
- c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) Hemoterapia ambulatorial;
- e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Art. 15 - atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.

Art. 16 - Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Art. 17 - **A CONTRATADA garante ao BENEFICIÁRIO**, desde que solicitados pelo médico assistente, dentro da área de abrangência deste Contrato e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela mesma, os seguintes serviços hospitalares:

I - Cobertura de INTERNAÇÕES HOSPITALARES, conforme padrão de acomodação contratada, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo Rol de Procedimentos e suas atualizações encontram-se em Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

II - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

III - Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

IV - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia;
- c) Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Embolizações e radiologia intervencionista;
- h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) Fisioterapia.

v - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos

limites de abrangência geográfica e rede pertencente ao produto contratado, em território brasileiro.

VI - Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada.

VII - Exames complementares indispensáveis para diagnóstico e 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.

VIII - Assistência médica auxiliar através de médico cooperado.

IX - Serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**.

X - Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento.

XI - Alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar.

XII - A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos e membros.

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

XIV - Os BENEFICIÁRIOS terão direito a próteses, órteses e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico.

XV - Transplantes de rins e córneas, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

XVI - Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

Art. 18 - Os BENEFICIÁRIOS, candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente, estar inscritos em uma das centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

Art. 19 - Em regime hospitalar estão cobertas as internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais:

§ 1º. O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano, não cumuláveis, **em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral**, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

§ 2º. Além do custeio integral de 30 (trinta) dias de internação hospitalar, o BENEFICIÁRIO poderá dispor de 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento em regime de hospital-dia.

§ 3º. Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10, a cobertura será extensiva a 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual.

§ 4º. O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital geral, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

§ 5º. Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime hospitalar exceda os limites previstos no presente contrato, ou seja, 30 (trinta) dias de internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral e/ou 15 (quinze) dias de internação em hospital geral, por ano, não cumuláveis, haverá a co-participação obrigatória referente ao período excedente, por parte do BENEFICIÁRIO, de 100% das despesas hospitalares e honorários médicos de internação, o qual fará os pagamentos diretamente a entidade ou profissional prestador dos serviços.

OBSTETRÍCIA

Art. 20 - A BENEFICIÁRIA terá direito à cobertura de assistência OBSTÉTRICA, compreendendo pré-natal e o parto, desde que solicitadas pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela CONTRATADA.

Art. 21 - Será assegurada cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

DO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Art. 22 - Estão cobertos pelo presente Contrato os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

CLÁUSULA XI - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 23 - **Estão excluídos da cobertura deste contrato os procedimentos relativos a:**

I - Casos de cataclismos, guerras, comoções internas e calamidade pública, quando declaradas pela autoridade competente;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

IV - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

V - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VI - Enfermagem particular e assistência médica domiciliar;

VII - Estão excluídos desta cobertura quaisquer atendimentos odontológicos.

VIII - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

IX - Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos de obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar;

X - Medicamentos e materiais, exceto aqueles utilizados durante o regime de internação hospitalar, ou os estritamente necessários ao atendimento ambulatorial do BENEFICIÁRIO, nos casos de urgência ou emergência, ou durante a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, quando necessários;

XI - Fornecimento de materiais e medicamentos importados não nacionalizados;

- XII - Fornecimento de medicamentos não reconhecidos pelo órgão governamental competente;
- XIII - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- XIV - Inseminação artificial;
- XV - Cobertura de despesas de acompanhante, exceto no caso de internação de BENEFICIÁRIO menor de 18 (dezoito) anos;
- XVI - Tratamentos experimentais clínicos ou cirúrgicos;
- XVII - Transplantes, exceto rim e córnea;
- XVIII - Qualquer patologia não mencionada no CID-10;
- XIX - Produtos de toalete e higiene pessoal;
- XX - Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- XXI - Despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos e entidades que não estejam relacionados neste contrato ou em desacordo com as regras de hierarquização de acesso/direcionamento ou ainda antes do cumprimento das carências previstas.

CLÁUSULA XII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 24 - Estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

- I - Se no ato da entrevista qualificada ou perícia, for constatada pela CONTRATADA a existência de lesão ou doença preexistente, que possa gerar impacto nos custos, então o consumidor deverá expressar na declaração de saúde e optar por COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT).
- II - Ao optar pela COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) o BENEFICIÁRIO terá a cobertura suspensa por um período de 24 (vinte e quatro) meses, para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.
- III - Findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) se extingue, passando o BENEFICIÁRIO a ter direito a cobertura integral.
- IV - Fica o BENEFICIÁRIO obrigado a informar à CONTRATADA, através da entrevista qualificada, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato.
- V - Será indicado pela CONTRATADA um médico para proceder à entrevista qualificada, sem qualquer ônus para o consumidor.
- VI - Caso o consumidor opte por ser orientado por médico não indicado pela CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus dessa entrevista.
- VII - A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde, elaborado pela CONTRATADA e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.
- VIII - O consumidor qualificado na declaração de saúde como beneficiário dependente e que seja maior de idade responderá por si na entrevista qualificada.

IX - O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação a sua omissão.

X - A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento.

XI - A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação acima.

XII - Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano, o BENEFICIÁRIO terá que ser comunicado imediatamente pela CONTRATADA.

CLÁUSULA XIII – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 25 - Estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos em regime ambulatorial e de internação, para os casos de urgência e emergência, entendendo-se, e nos termos da lei, como:

§ 1º. EMERGÊNCIA, como tais definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO, caracterizado em declaração do médico assistente; e

§ 2º. URGÊNCIA, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Art. 26 - Na hipótese de urgência ou emergência, o direito à internação será imediato, devendo ser providenciada a guia de internação expedida pela CONTRATADA tão logo seja possível, **exceto para os casos de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes, caso o BENEFICIÁRIO encontre-se em cobertura parcial temporária.**

Art. 27 - Nos casos de Transtornos Psiquiátricos, os atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

Art. 28 - A CONTRATADA garantirá o atendimento de urgência e emergência **quando se referir ao processo gestacional (risco e complicações gestacionais), mesmo que em cumprimento de carência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento**, conforme Resolução Consu nº 13/98.

Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, 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.

Art. 29 - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

Art. 30 - Na urgência e emergência, em que o BENEFICIÁRIO se encontre em período de carência e/ou no período de cobertura parcial temporária, referente às doenças e/ou lesões preexistentes, que haja necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e ou

procedimentos de alta complexidade, o BENEFICIÁRIO terá a cobertura somente em regime ambulatorial, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

§ 1º. Para os casos previstos no item acima, a responsabilidade da CONTRATADA cessará a partir da necessidade de internação ou quando transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento. A partir de então, a responsabilidade financeira passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

§ 2º. A CONTRATADA se responsabiliza somente pela remoção para o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, que será feita através de ambulância por via terrestre.

§ 3º. Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

DO REEMBOLSO

Art. 31 - A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, dentro da abrangência geográfica contratada, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços da rede preferencial.

Art. 32 - O Reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados para o produto contratado, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de recebimento dos documentos originais abaixo relacionados:

- a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar ou óbito; tempo de permanência adulto ou neo-natal;
- c) Conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRM's discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnose e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- f) Qualquer outro documento ou informação que possa ser requerida pela CONTRATADA.

Art. 33 - Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a CONTRATADA poderá solicitar ao BENEFICIÁRIO documentação ou informações complementares sobre o procedimento em questão. Após a chegada da documentação adicional, a CONTRATADA terá prazo de 30 (trinta) dias corridos para efetuar o pagamento.

Art. 34 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO, realizado enquanto perdurar o estado de urgência e/ou emergência.

Art. 35 - A falta de apresentação dos documentos necessários ao reembolso após 01 (um) ano da data do evento acarretará a perda do direito ao mesmo reembolso.

CLÁUSULA XIV - DA REMOÇÃO

Art. 36 - Fica assegurada a remoção do BENEFICIÁRIO, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.

Art. 37 - Fica assegurada também a remoção:

- a) na hipótese da falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador do atendimento de urgência ou emergência pela necessidade de internação, atestado pelo médico assistente; ou
- b) após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação quando em período de carência ou cobertura parcial temporária de doenças e/ou lesões preexistentes.

Art. 38 - Caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários, visando a continuidade do atendimento.

Art. 39 - A remoção para uma unidade do SUS ocorrerá nos seguintes casos:

- a) Quando o BENEFICIÁRIO estiver em cumprimento dos períodos de carência; ou
- b) Quando o BENEFICIÁRIO estiver em cumprimento do período de cobertura parcial temporária, que haja necessidade de eventos cirúrgicos, leito de alta tecnologia e ou procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente.

Art. 40 - 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 do SUS.

Art. 41 - Se não for possível a remoção sem provocar risco de vida do paciente e encontrando-se o mesmo em período de carência, o BENEFICIÁRIO e o serviço prestador deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade do atendimento, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus.

Art. 42 - Nos casos em que o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, pela continuidade do atendimento em serviço prestado diferente de uma unidade do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da continuidade do atendimento e da remoção.

CLÁUSULA XV - CARÊNCIAS

Art. 43 - O direito de atendimento aos BENEFICIÁRIOS deste Contrato, se encontra vinculado aos seguintes prazos de carência:

- a) **24 (vinte e quatro) horas** para os casos de urgência e emergência;
- b) **30 (trinta) dias** para consultas, exames de análises clínicas e radiológicas básicas;
- c) **180 (cento e oitenta) dias, para, por exemplo,** ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, "tilt testes" e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiograma dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, diálise peritoneal, hemodiálise, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo plano;
- d) **180 (cento e oitenta dias)** para internação clínica e cirúrgica;
- e) **300 (trezentos) dias** para parto a termo.

CLÁUSULA XVI - VIGÊNCIA

Art. 44 - Considerar-se-á para início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de admissão, da assinatura do contrato ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro.

Parágrafo único. A validade do contrato está sujeita à quitação da primeira mensalidade.

Art. 45 - O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data da assinatura da Proposta de Admissão.

CLÁUSULA XVII - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Art. 46 - O contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxa de renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

CLÁUSULA XVIII - FORMAÇÃO DE PREÇO

Art. 47 - O preço será preestabelecido quando o valor da mensalidade é efetuado pelo BENEFICIÁRIO antes da utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA XIX - PAGAMENTO DA MENSALIDADE

Art. 48 - A contraprestação pecuniária que o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, decorrente deste Contrato, denomina-se MENSALIDADE e será devida pelos BENEFICIÁRIOS, individualmente, inscritos no presente Contrato, cujo valor, na data da assinatura, corresponde ao indicado na respectiva Proposta de Admissão, respeitada a faixa etária de cada BENEFICIÁRIO inscrito.

§1º. A CONTRATADA cobrará pelo fornecimento da segunda via do Cartão Individual de Identificação e este valor será parte integrante da mensalidade.

§2º. Além da segunda via de Cartão Individual de Identificação, qualquer outro valor devido será parte integrante da mensalidade.

Art. 49 - **Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite às consequências da mora.**

Parágrafo único. O depósito bancário em favor da CONTRATADA não será considerado pagamento da mensalidade.

Art. 50 - **O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.**

Art. 51 - O pagamento deverá ser realizado até a data de seu vencimento, na rede bancária indicada pela CONTRATADA, ou outras localidades também por ela indicada.

§1º. Quando o vencimento ocorrer em dia feriado ou em que não haja expediente bancário o pagamento deverá ser realizado no primeiro dia útil subsequente.

§2º. No caso da ocorrência de solicitação de mudança de vencimento da mensalidade por parte do CONTRATANTE, será cobrado, de forma antecipada, o valor correspondente ao número de dias entre o vencimento atual e o solicitado, além da mensalidade integral corrente.

Art. 52 - **O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.**

Art. 53 - O pagamento antecipado de mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

Art. 54 - Em casos de atraso no pagamento de mensalidade, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 10% (dez por cento), acrescida da atualização do valor da mensalidade pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis ou outro índice que venha a substituí-los e juros de 1% (um por cento) ao mês, ou ainda, se houver ação judicial, a CONTRATADA pedirá o valor das perdas e danos, honorários advocatícios e de custas judiciais.

Art. 55 - **O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês, não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.**

CLÁUSULA XX – REAJUSTES

REAJUSTE ANUAL

Art. 56 - A mensalidade será reajustada anualmente no aniversário do Contrato ou na periodicidade prevista pela legislação vigente, mediante prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou qualquer outro órgão federal estabelecido pelo governo.

REAJUSTE POR FAIXAS ETÁRIAS

Art. 57 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada BENEFICIÁRIO inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos BENEFICIÁRIOS que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a mensalidade será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do BENEFICIÁRIO de acordo com percentuais descritos na proposta de admissão.

Art. 58 - As faixas etárias para os fins deste contrato são:

- a) até 18 (dezoito) anos;
- b) de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- c) de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- d) de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- e) de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- f) de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- g) de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- h) de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- i) de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- j) de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

REVISÃO TÉCNICA

Art. 59 - Excepcionalmente e mediante autorização prévia, a CONTRATADA poderá aplicar reajuste técnico em percentual definido pela ANS, ou qualquer outro órgão que sucedê-la, em virtude de déficit atuarial do produto que comprometa a solvência da carteira da CONTRATADA. O CONTRATANTE deverá ser informado com antecedência antes da aplicação de tal reajuste nos termos e prazos definidos em Lei.

CLÁUSULA XXI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICÁRIO

Art. 60 - Nas condições previstas na Cláusula XXII – RESCISÃO DO CONTRATO.

Art. 61 - Os BENEFICIÁRIOS dependentes perderão sua condição quando:

- a) O cônjuge, ao se separar judicialmente;
- b) Os filhos e filhas, solteiros, ao atingirem 24 anos;
- c) O enteado, sob guarda por força de decisão judicial e o tutelado, que ficam equiparados aos filhos, ao atingirem a maior idade.

CLÁUSULA XXII - RESCISÃO DO CONTRATO

Art. 62 - **A CONTRATADA terá o direito de suspender ou rescindir unilateralmente o presente contrato caso ocorra atraso no pagamento das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.**

Art. 63 - O exercício do direito da rescisão ou suspensão se encontra condicionado à notificação do CONTRATANTE até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

Art. 64 - **As despesas decorrentes de utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de rescisão, são de inteira responsabilidade do CONTRATANTE.**

Art. 65 - **Caso haja utilização do plano, pelo BENEFICIÁRIO no período inadimplente, fica garantido à CONTRATADA o uso dos recursos legais necessários para cobrança das mensalidades em atraso, incluindo a inscrição do devedor nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.**

Art. 66 - **Independente das conseqüências e responsabilidades legais, este contrato será rescindido nos casos comprovados de fraude, perdendo todos os BENEFICIÁRIOS inscritos no presente contrato, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.**

Art. 67 - Caracteriza-se como fraude a utilização indevida do cartão individual de identificação, ou seja, quando o BENEFICIÁRIO, agindo comprovadamente com culpa ou dolo, autorizar terceiro a utilizar o seu cartão para a realização de quaisquer procedimentos ou ainda quando houver omissão ou distorção de informações em prejuízo da CONTRATADA quanto às doenças preexistentes não declaradas.

Art. 68 - Antes do término do prazo mínimo fixado na Proposta de Admissão, é facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

§1º. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º. Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

Art. 69 - A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do CONTRATANTE, se ocorrer.

Art. 70 - O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

CLÁUSULA XXIII - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 71 - **Os serviços apresentados serão prestados exclusivamente pelos estabelecimentos de saúde da rede preferencial, i.e., HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA,**

CNPJ 92.726.819/0014-73, sito na Av. João Paulo II – Marituba/PA e Hospital da Unimed Belém, CNPJ 04.201.372/0002-18, sito na RDV BR 316 KM 04 – Ananindeua/PA.

Parágrafo único. Os médicos cooperados prestarão atendimento apenas em consultas médicas, mediante guia de autorização fornecida previamente pela CONTRATADA.

Art. 72 - A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o Cartão Individual de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, ressalvados os casos de urgência e emergência, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo único. O CONTRATANTE e BENEFICIÁRIOS concordam desde já com eventuais mudanças no Cartão Individual de Identificação, tais como, implementação de biometria, inclusão de foto, etc.. A anuência de que trata o parágrafo importa no consentimento de captação dos novos dados não informados e/ou armazenados anteriormente no banco de dados da CONTRATANTE.

Art. 73 - Ressalvados os atendimentos em casos de Urgência ou Emergência que é tratado em cláusula específica, **todas as normas de atendimento preceituadas nesta Cláusula devem ser observadas.**

Art. 74 - **De acordo com o Artigo 1º, § 1º da Resolução CONSU nº 08/98, a CONTRATADA exerce seu direito de estabelecer critérios de autorização prévia para exames e tratamentos, definir normas administrativas para a solicitação de exames e os serviços auxiliares de diagnóstico, objetivando o adequado cumprimento do contrato.**

Art. 75 - Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar, ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, o seu Cartão Individual de Identificação, fornecido pela CONTRATADA, além do seu documento de identidade, guia de autorização de consulta, de procedimento, de internação, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela CONTRATADA.

Art. 76 - Os atendimentos observam o direcionamento à rede preferencial, a hierarquização de acesso e autorização prévia para todos os procedimentos médicos.

§1º. Se for necessário, o médico assistente pertencente à rede preferencial realizará a solicitação de encaminhamento para outra **unidade hospitalar que tenha convênio com a CONTRATADA.**

§2º. A solicitação de encaminhamento de que trata o parágrafo anterior deverá ser autorizado nas unidades administrativas da CONTRATADA por meio de formulário próprio.

Art. 77 - A internação hospitalar fica a critério exclusivo do médico assistente da rede preferencial.

Art. 78 - A CONTRATADA se reserva ao direito de implementar os formatos de hierarquização de acesso para cada procedimento, de maneira que atendam as suas necessidades e no intuito de aperfeiçoar seus mecanismos de auditoria.

Art. 79 - As solicitações de exames, terapias e/ou procedimentos requisitadas por médicos não pertencentes à rede do produto contratado deverão ser submetidos a análise e aprovação da Auditoria Médica, sendo certo que nestes casos os honorários médicos dos profissionais não pertencentes a rede preferencial da CONTRATADA ou do plano contratado, correrão por conta do CONTRATANTE.

Art. 80 - Para a realização de internações e procedimentos previstos neste contrato será necessária a obtenção de autorização prévia da CONTRATADA, obtida em Unidade administrativa da CONTRATADA, mediante solicitação do médico assistente.

Art. 81 - A CONTRATADA irá direcionar para a Rede Preferencial, a critério da Coordenadoria Médica, todos os procedimentos e doenças que julgar necessário, de acordo com a Resolução nº 8 do CONSU.

Art. 82 - Obrigatoriamente, o BENEFICIÁRIO candidato à cirurgia bariátrica deverá, na data da solicitação da cirurgia, ter Índice de Massa Corpórea igual ou superior a 40 Kg/m², ser resistente aos tratamentos conservadores (dietoterapêuticos, psicoterapêuticos, medicamentosos, por exercícios físicos) realizados, continuamente, há pelo menos 02 (dois) anos, inscrever-se na CONTRATADA para realização da cirurgia e sujeitar-se ao critério de fila única de espera da CONTRATADA.

§1º. Serão candidatos ainda, os BENEFICIÁRIOS obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada (diabetes, hipertensão, artropatias, hérnias de disco, apnéia do sono) cuja situação clínica é agravada pelo quadro de obesidade.

§2º. As cirurgias serão realizadas a razão de uma por semana, considerando todos os beneficiários inscritos na CONTRATADA. A data da cirurgia será informada pela CONTRATADA.

§3º. A cirurgia só poderá ser realizada após o cumprimento integral do período da Cobertura Parcial Temporária, quando for o caso.

Art. 83 - Todos os casos de internações eletivas e exames precisam de solicitação de autorização da CONTRATADA, com antecedência, devendo ocorrer o agendamento somente de posse da autorização. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente em formulário específico, disponibilizado pela CONTRATADA.

Art. 84 - A solicitação de internação emitida pelo médico assistente deverá ser apresentada em Unidade Administrativa da CONTRATADA que fornecerá a autorização no prazo de um dia útil, a partir da referida solicitação.

Art. 85 - O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

Art. 86 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação de prorrogação.

Art. 87 - A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

Art. 88 - A CONTRATADA poderá promover à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos, mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou qualquer outro órgão que sucedê-la.

Art. 89 - Quando houver descredenciamento de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá dar ciência escrita ao BENEFICIÁRIO, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Art. 90 - Qualquer alteração na rede credenciada deverá ser feita mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou outro órgão que vier a sucedê-la.

Art. 91 - Ocorrendo descredenciamentos, os BENEFICIÁRIOS terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede preferencial da CONTRATADA, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição ocorrida.

Art. 92 - Caso ocorra descredenciamento de estabelecimento hospitalar por vontade da CONTRATADA durante a internação de BENEFICIÁRIO regularmente inscrito no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a alta hospitalar, sendo certo que as despesas até a alta hospitalar correrão por conta da CONTRATADA.

Art. 93 - Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do BENEFICIÁRIO hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.

CLÁUSULA XXIV - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 94 - As partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pelo BENEFICIÁRIO, constituindo-se causa para novo contrato.

Art. 95 - O pagamento das despesas não cobertas neste Contrato deverá ser realizado diretamente pelo CONTRATANTE ao prestador do atendimento.

Art. 96 - Na hipótese do CONTRATANTE optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 97 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo CONTRATANTE com médicos, hospitais ou unidades prestadoras de serviços de saúde. Tais despesas correm por conta exclusiva do CONTRATANTE.

Art. 98 - O CONTRATANTE obriga-se a devolver à CONTRATADA, os cartões de identificação dos BENEFICIÁRIOS deste Contrato e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, em caso de sua rescisão, ou o do BENEFICIÁRIO dependente em caso de exclusão do Plano, imediatamente, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente Contrato.

Art. 99 - Pelas mesmas penas, responderá o CONTRATANTE, em caso de extravio dos referidos cartões de identificação, sem a comunicação imediata e por escrito à CONTRATADA, para que esta tome as providências cabíveis.

Art. 100 - Os beneficiários com idade igual ou superior a 59 (cinquenta e nove) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

CLÁUSULA XXV - DO SIGILO DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS

Art. 101 - Conforme o disposto pela RDC n.º 64, de 10 de abril de 2001, e RN n.º 21, de 12 de dezembro de 2002, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, permanecem sob responsabilidade da CONTRATADA, através de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado pela CONTRATADA junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que resguardadas as prerrogativas e

obrigações profissionais desse Coordenador, respondem pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do Beneficiário, salvo em casos expressamente previstos na legislação.

CLÁUSULA XXVI - DO FORO

Art. 102 - Fica eleito o Foro de domicílio do CONTRATANTE, para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.

E, assim, por estarem concordes nos termos acima as partes contratantes firmam o presente instrumento, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente e assistidas por duas testemunhas.

DEFINIÇÕES GERAIS

- 1. Acidente Pessoal** – é o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, torne necessários a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do BENEFICIÁRIO.
- 2. Aniversário** – é a data do término do prazo de vigência do Contrato ou de cada renovação.
- 3. ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 4. Autorização Prévia** – instrumento pelo qual a CONTRATADA autoriza previamente a realização de determinados procedimentos.
- 5. BENEFICIÁRIO** – é o proponente e seus dependentes aceitos e efetivamente incluídos no plano de saúde.
- 6. BENEFICIÁRIO Agregado** – é considerado agregado qualquer outra pessoa que mantém vínculo com o BENEFICIÁRIO titular, mas que não se enquadra na definição de BENEFICIÁRIO dependente.
- 7. BENEFICIÁRIO Titular** – é a pessoa que contrata o plano de saúde com a CONTRATADA, responsável pelos pagamentos das mensalidades e pela veracidade das declarações da Proposta do Plano de Saúde.
- 8. Carência** – é o período durante o qual, o BENEFICIÁRIO, mesmo pagando a mensalidade, não tem direito a determinadas coberturas.
- 9. Cirurgia Eletiva** – é o procedimento cirúrgico programado, em ambiente hospitalar ou ambulatorial, que não é decorrente de situações de urgência ou emergência.
- 10. Cobertura** – é a segmentação contratada que o BENEFICIÁRIO tem direito.
- 11. Cobertura Parcial Temporária** – é a suspensão, por prazo de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura dos procedimentos relacionados a doenças ou lesões preexistentes e a qualquer outra a elas relacionadas, conforme o estabelecido pela lei n.º 9656/98 e suas regulamentações.
- 12. CONSU** – Conselho Nacional de Saúde Suplementar.
- 13. Consulta Médica** – é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.
- 14. Declaração de Saúde** – é o documento formal e legal, parte integrante do Contrato, tendo como objetivo principal relacionar todas as doenças de conhecimento prévio do beneficiário à assinatura da proposta, em relação a ele próprio, e a seus dependentes, quando for o caso.
- 15. Direcionamento** – são mecanismos utilizados pelas operadoras que permitem encaminhar o beneficiário a uma rede credenciada previamente determinada para realização de procedimentos (consultas, exames ou internações).
- 16. Doença ou Lesão Preexistente** – é aquela, inclusive as congênitas, que o beneficiário, ou o responsável por ele, saiba ser portador e/ou sofredor na época da contratação do Plano.
- 17. Emergência** – é o evento que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO. Para a caracterização da emergência, a CONTRATADA exigirá a apresentação de relatório médico e de exames complementares que o comprovem.

18. Entrevista Qualificada – se constitui no preenchimento de um formulário de Declaração de Saúde, elaborado pela CONTRATADA, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do CONTRATANTE em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

19. Evento – é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica hospitalar, verificada após o início da vigência contratual e cumpridos os prazos de carências, de acordo com as coberturas estipuladas no Plano de Saúde Contratado.

20. Exame complementar – é o procedimento diagnóstico ou de acompanhamento de doença ou patologia.

21. Hierarquização de Acesso – serviços cuja realização depende de procedimento anterior que indique sua necessidade.

22. Internação eletiva – é a internação em ambiente hospitalar que não seja decorrente de situação de urgência ou emergência.

23. Internação Hospitalar Cirúrgica – é o período no qual o BENEFICIÁRIO fica hospitalizado para realizar um ato cirúrgico, compreendendo o pré-operatório, o ato cirúrgico e o pós-operatório.

24. Internação Hospitalar Clínica – é o período no qual o BENEFICIÁRIO fica hospitalizado para tratamento de doenças que não exigem a realização de um procedimento cirúrgico.

25. Internação Hospitalar Programada – é a internação hospitalar para tratamento cirúrgico ou não que, não sendo de urgência ou emergência, podem ser programados com antecedência pelo médico assistente.

26. Leito de Alta Tecnologia – unidade de terapia intensiva, unidade de terapia semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, unidade intermediária, unidade coronariana, unidade de tratamento de pacientes queimados e unidade de isolamento.

27. Limite financeiro de reembolso – limite monetário máximo, das coberturas contratadas, nos casos de reembolso.

28. Mensalidade – é o valor pecuniário a ser pago, mensalmente e antecipadamente, pelo BENEFICIÁRIO titular, ou responsável à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato.

29. Operadora – pessoa jurídica, legalmente autorizada a comercializar planos de Assistência a Saúde, estando registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº 30397-6, conforme disposto na lei nº 9656/98.

30. Parto a termo – é aquele que ocorre entre 38 (trinta e oito) e 42 (quarenta e duas) semanas após a concepção do feto, realizando-se quando este esteja completamente formado, maduro e pronto para a vida extra-uterina.

31. Patologia/Doença/Problema de Saúde – é a que compreendem as alterações de órgãos, sistemas ou funções do organismo, que comprometem o estado físico do BENEFICIÁRIO, incluindo também os sinais e sintomas existentes.

32. Plano de Assistência à Saúde – é a prestação continuada de serviços com cobertura dos custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde do BENEFICIÁRIO.

- 33. Procedimento estético** – é todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.
- 34. Procedimento médico** - é o procedimento médico ou terapêutico executado por profissional de especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.
- 35. Procedimento/Intervenção Ambulatorial** – é o procedimento médico, distinto daquele que exige internação hospitalar, procedimento para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindida de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviço como recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares.
- 36. Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)** – são procedimentos definidos pela ANS em norma específica. São exemplos de PAC: tomografias computadorizadas, transplantes, ressonância magnética, angiografias, bioimpedanciometria, ecocardiogramas, quimioterapia anti-neoplásica, litotripsia, radioterapia, braquioterapia, eletroencefalografias, “tilt tests” e seus derivados, polissonografias, endoscopias (digestiva alta e baixa, laparoscopias, pleuroscópicas, cardíacas e otorrinolaringológicas), testes de função pulmonar, Holters de pressão arterial e frequência, hemodiálises e diálises peritoneais e hemodiafiltrações, estudos cardíacos hemodinâmicos (cateterismo), estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não), estudos ultra-sonográficos invasivos, câmara hiperbárica e monitorização de pressão intracraniana.
- 37. Produto** – o mesmo que Plano de Assistência à Saúde.
- 38. Proponente** – é a pessoa que propõe o seu ingresso no plano de saúde e que passará a condição de BENEFICIÁRIO somente após a anuência da CONTRATADA.
- 39. Proposta de Admissão ao Plano de Saúde** – é o documento formal, parte integrante do contrato, no qual o proponente expressa a intenção de ingressar no plano de saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos, bem como informando à CONTRATADA seus dados pessoais e de seus dependentes, se houver, junto da Declaração de Saúde preenchida e assinada.
- 40. Reajuste Anual** – é a atualização do valor das mensalidades em função da variação dos custos médicos, hospitalares e operacionais da CONTRATADA, que será aplicada a todos os BENEFICIÁRIOS.
- 41. Rede Preferencial** – HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA, CNPJ 92.726.819/0014-73, sito na Av. João Paulo II – Marituba/PA e Hospital Unimed Belém, CNPJ 04.201.372/0002-18, sito na RDV BR 316 KM 04 – Ananindeua/PA.
- 42. Revisão Técnica** – é a atualização do valor das mensalidades, decorrente de alteração no nível de sinistralidade dos planos de assistência à saúde.
- 43. Rol de Procedimentos** – constituem referência mínima para a cobertura assistencial nos planos de assistência à saúde, contratados a partir da vigência da Lei 9656/98, e correspondente às segmentações contratadas.
- 44. Serviço Auxiliar Terapêutico** – procedimento solicitado por médico com o objetivo de colaborar ou facilitar a recuperação da saúde, ainda que o mesmo não seja realizado por médico.
- 45. Sinistralidade** – é o conjunto de eventos ocorridos na carteira de BENEFICIÁRIOS de um plano de saúde.

46. Urgência – é o evento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Para a caracterização desta situação, a CONTRATADA exigirá a apresentação de relatório médico e de exames complementares que a comprovem.