

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR

ÍNDICE DE CLÁUSULAS

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE
2. OBJETO DO CONTRATO
3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS
4. INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS
5. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS
6. ROL DE PROCEDIMENTOS
7. EXCLUSÕES DE COBERTURA
8. DURAÇÃO DO CONTRATO
9. PERÍODOS DE CARÊNCIA
10. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES
11. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
12. REEMBOLSO
13. MECANISMOS DE REGULAÇÃO
14. FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DOS VALORES CONTRATADOS – MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO
15. REAJUSTE CONTRATUAL
16. FAIXAS ETÁRIAS
17. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
18. RESCISÃO/SUSPENSÃO
19. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS
20. DISPOSIÇÕES GERAIS
21. ELEIÇÃO DE FORO

CLÁUSULA PRIMEIRA – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

1.1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

O presente instrumento denominado Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, tendo, de um lado, como CONTRATADA/AMAZÔNIA PLANOS - **AMAZÔNIA PLANOS DE SAÚDE LTDA**, inscrita no CNPJ/M.F. sob o nº 16.926.969/0001-28, sob Registro de Operadora na AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS nº 41.905-2, Medicina de Grupo, com sede no Município de Belém, na Travessa 9 de Janeiro, nº 1295, Estado do Pará, neste ato legalmente representada na forma de seus atos constitutivos.

1.2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Pessoa física qualificada na Proposta de Adesão, a qual contempla o número da versão do contrato de plano privado de assistência à saúde ora firmado, doravante denominado

“CONTRATANTE”, ou poderá ser somente responsável pelas obrigações contratuais deste instrumento, que contrata a prestação de serviços para si e/ou para seus dependentes também qualificados na Proposta de Adesão.

CONTRATANTE e CONTRATADA, quando em conjunto, doravante denominados simplesmente “CONTRATANTES” ou “Partes”.

1.3 NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

O presente plano é denominado comercialmente de **AMASAUDE COP ENFERMARIA IND/FAM GM** e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **493.431/22-8**.

1.4 TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação é **individual/familiar**.

1.5 TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial deste plano é **ambulatorial e hospitalar com obstetrícia**.

1.6 ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência desse Contrato é classificada como **grupo de municípios**.

1.7 ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Os serviços contratados serão prestados pela CONTRATADA dentro da área de atuação: **Ananindeua, Barcarena, Belém, Capanema, Marituba, Tomé-Açu, todos esses localizados no Estado do PA**.

1.8 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

A acomodação em internação é **coletiva**.

1.9 FORMAÇÃO DO PREÇO

A formação de preço do Contrato é **preestabelecida**.

1.10 COBERTURAS ADICIONAIS

Não possui coberturas adicionais.

1.11 MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Coparticipação, autorização, junta médica e utilização de prestadores em rede própria e credenciada.

CLÁUSULA SEGUNDA –OBJETO DO CONTRATO

2.1 É objeto do presente instrumento a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/98, visando a assistência médica hospitalar com a cobertura de todas as doenças da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10), da

organização mundial de saúde, e do rol de procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento, **exclusivamente em rede credenciada pela CONTRATADA**, na área de atuação indicada nas características gerais do contrato e nos limites e condições estipuladas a seguir.

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

CLÁUSULA TERCEIRA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1. Usuário Titular. Para efeito deste Contrato, o TITULAR poderá ser o próprio CONTRATANTE ou quem ele indicar.

3.2. Dependentes. São consideradas Dependentes as pessoas relacionadas pelo CONTRATANTE na “Proposta de Adesão”, ou que nos termos deste Contrato sejam posteriormente incluídas, desde que sejam do TITULAR:

- a) Cônjuge, companheiro (a);
- b) Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos.
- c) Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, quando comprovadamente cursando faculdade.
- d) Filhos (as) solteiros (as) / cônjuges inválidos (as).
- e) Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos.
- f) Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união como entidade familiar, conforme Lei Civil.
- g) Também é considerada dependente a pessoa física dependente economicamente, com essa situação devidamente comprovada perante a Receita Federal ou INSS.
- h) A Proposta de Adesão/Admissão poderá prever dependentes de forma diversa da prevista nessa cláusula e, se assim ocorrer, prevalecerá apenas o que estiver disposto na Proposta.

3.3. Filhos

3.3.1. 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.

3.3.2. Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de BENEFICIÁRIO titular ou de dependente que tenha cumprido carência máxima de 180 dias é garantida sua inscrição na CONTRATADA

sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que seja inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou desde que efetivada em 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção.

3.3.3. Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de BENEFICIÁRIO titular ou de dependente que tenha cumprido carência para segmentação obstétrica, será garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do pai ou da mãe.

3.3.4. Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de BENEFICIÁRIO titular ou de dependente que não tenha cumprido carência para segmentação obstétrica, serão aproveitados os prazos de carências cumpridos pelos pais, sem a necessidade de cumprimento de período de carência imposto aos novos beneficiários, desde que seja inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção

CLÁUSULA QUARTA – INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

4.1. O CONTRATANTE poderá, a qualquer tempo, solicitar, por escrito, a inclusão de novos dependentes, que serão admitidos, mas sujeitos ao cumprimento do prazo de carência contratual previsto neste instrumento, exceto nas hipóteses descritas acima.

4.2. O CONTRATANTE TITULAR e seus dependentes serão admitidos no plano mediante as seguintes condições:

a) Preenchimento completo e sem rasuras da Proposta de Adesão;

b) Preenchimento da Declaração de Saúde com ou sem orientação médica, a escolha do CONTRATANTE;

c) A CONTRATADA poderá proceder à realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como solicitar documentação probatória das declarações do CONTRATANTE;

d) Pagamento da mensalidade, cobrada por cada BENEFICIÁRIO em valor correspondente a respectiva faixa etária e ao plano escolhido de acordo com a tabela comercial vigente;

e) Apresentação de cópia da Cédula de Identidade - RG, do CPF, Cópia da Certidão de Nascimento dos filhos menores de 16 anos (quando não possuir RG), ou documento que comprove que o titular é o responsável;

f) Cópia da Certidão de Casamento ou declaração de União Estável com reconhecimento de firma da assinatura do casal (ambos os companheiros).

g) Declaração de saúde e carta de orientação preenchidas. e comprovante de endereço dos beneficiários inscritos em consonância com determinação da ANS por intermédio da Resolução Normativa - RN 529/2022.

4.3. Satisfeitas as condições previstas no item anterior o CONTRATANTE e/ou respectivos dependentes descritos na Proposta de Admissão serão inscritos no Plano contratado.

CLÁUSULA QUINTA – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1. Coberturas gerais

a) 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 e na área de atuação do plano.

b) 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 e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, e observada às especificações a seguir.

5.2. Consultas e exames

5.2.1 Está compreendida neste plano a cobertura para:

a) 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.

a.1) As consultas médicas são asseguradas em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM e não na área de atuação médica. Exemplo: a AMAZÔNIA PLANOS assegurará consulta na especialidade de Pneumologia, mas não na área de atuação Pneumologia pediátrica

b) 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.

c) medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

d) consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecidas nas Diretrizes Clínicas e de Utilização e 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 fisioterapia, reeducação e reabilitação física listados 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;

5.3. Procedimentos Ambulatoriais Especiais

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

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) 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.

b.1) 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.

c) radioterapia ambulatorial, listados no Rol de procedimentos;

d) 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:

d.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

d.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

e) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial, 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;

f) Hemoterapia ambulatorial; e

g) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos editado pela ANS e de acordo com as Diretrizes de Utilização.

5.4. Internações

5.4.1. As internações de todas as modalidades, **exceto psiquiátricas**, 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.

5.5. 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 adequem 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:

e.1) 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

e.2) 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, comprovadamente necessária e a critério médico, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro

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.

h.1) A acomodação e alimentação seguirão os padrões de hotelaria do prestador para acompanhantes.

i) a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

j) o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecidas no Contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

k) procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:

k.1) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

k.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.

k.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:

k.3.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

k.3.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

l) todos os procedimentos de radioterapia descritos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

m) hemoterapia;

n) nutrição parenteral ou enteral;

o) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol de procedimentos vigente à época do evento;

p) embolizações listadas no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

q) radiologia intervencionista;

r) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

s) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol de procedimentos editado pela ANS

t) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no anexo, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

5.6. Psiquiatria

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

5.6.2. 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 autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

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

5.6.5. 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.

5.6.6. 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.

5.6.7. 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.

5.6.8. Havendo utilização maior que 30 (trinta) dias durante o período de 12 meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada coparticipação por dia de internação. A coparticipação será cobrada em percentual disposto na Proposta de Adesão, em relação ao valor da internação, contratado entre CONTRATADA e o Prestador.

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

a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);

a) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);

c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);

d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

f) 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.

5.7. Transplantes

5.7.1 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:

a) 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.

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

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

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

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

5.8 Órteses, Próteses e Materiais Especiais

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

5.8.2. 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;

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

5.8.4. É vedado ao médico exigir determinada marca ou fornecedor de órteses, próteses e materiais especiais.

5.8.5. 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.

5.8.6. 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.

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

5.8.8. 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.

5.9 Outras Garantias

5.9.1 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 utilizados durante o período de internação hospitalar.

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

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

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

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

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

5.9.7. Cabe à CONTRATADA, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

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

5.9.9. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecidas no Contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

5.9.10. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos da ANS, na forma das Diretrizes de utilização e Clínicas, bem como no Protocolo de Utilização -PROUT serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente.

5.9.11. 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.

5.9.12. 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.

5.9.13. 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.

5.9.14. 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 465/2021 e suas atualizações posteriores.

5.9.15. Havendo necessidade de utilização de quaisquer desses materiais, o CONTRATANTE deverá primeiramente se informar qual é a política de fornecimento adotada pela AMAZÔNIA PLANOS, bem como os procedimentos a serem tomados para adquiri-los, pelo telefone: (91) 3184-7650.

5.10. Obstetrícia

5.10.1 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: a) pré-parto; b) parto; e c) 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 465/2021.

CLÁUSULA SEXTA - ROL DE PROCEDIMENTOS

6.1. 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.

6.2 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.

6.3. Havendo a edição de novo Rol de procedimentos poderá ocorrer mudanças nos direitos dos BENEFICIÁRIOS ao acesso à cobertura, com o quê a/o **CONTRATANTE**/Titular está ciente e de acordo.

CLÁUSULA SÉTIMA – EXCLUSÕES CONTRATUAIS

7.1. A cobertura deste Contrato está restrita aos procedimentos pertencentes às segmentações ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, 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.

7.2. Estão expressamente excluídos da cobertura deste Contrato:

7.2.1. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

7.2.2. Aparelhos ortopédicos, fornecimento de órteses e próteses, exceto se ligadas ao ato cirúrgico;

8.2.3. Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

7.2.4. Cirurgias e tratamentos não éticos, experimentais ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

7.2.5. Cirurgias para mudança de sexo;

7.2.6. Cirurgias plásticas não reparadoras ou estéticas, para rejuvenescimento ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;

7.2.7. Cirurgia refrativa para pacientes menores de 18 (dezoito) anos;

7.2.8. Cirurgia refrativa para pacientes maiores de 18 (dezoito) anos, que estejam em desacordo com as diretrizes de utilização ou não presentes no rol de procedimentos;

7.2.9. **Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência e emergência;**

7.2.10. Despesas extraordinárias realizadas pelo BENEFICIÁRIO internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente;

7.2.11. Despesas extraordinárias, produtos de toalete a acompanhantes;

7.2.12. Refeições de acompanhantes, exceto se acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos, idosos, parturientes e portadores de necessidades especiais;

- 7.2.13. Enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar ou domiciliar;
- 7.2.14. Exames não reconhecidos pela ANVISA;
- 7.2.15. Necropsias, identificação de cadáveres ou restos mortais;
- 7.2.16. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- 7.2.17. Inseminação artificial, técnica de reprodução artificial, estudo do DNA;
- 7.2.18. Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 7.2.19. Medicamentos de manutenção em transplantados e doadores;
- 7.2.20. Medicamentos importados não nacionalizados;
- 7.2.21. Perfil biofísico;
- 7.2.22. Procedimentos odontológicos;
 - 7.2.23. Próteses e órteses importadas não nacionalizadas, OPMES não ligadas ao procedimento cirúrgico;
 - 7.2.24. 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;
 - 7.2.25. Quaisquer medicamentos importados, não nacionalizados, medicamentos de uso domiciliar, exceto antineoplásicos, orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico;
 - 7.2.26. 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, clínica e do PROUT;
 - 7.2.27. Transplantes, à exceção dos constantes no Rol de procedimentos;
 - 7.2.28. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
 - 7.2.29. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - 7.2.30. Vacinas ou medicamentos importados não nacionalizados mesmo em caso de internação hospitalar.
 - 7.2.31. Internação Domiciliar (*Home Care*);

7.2.32. Procedimentos não previstos na segmentação contratada;

7.2.33. atendimento em Hospital e/ou clinica ou prestador de serviço, não habilitado para atendimento ao plano, e/ou localizado fora da abrangência geográfica contratual;

7.2.34. Acomodações, alimentações fora do período de internação, estadias em hotéis e quaisquer reembolsos de despesas de viagens, excetuadas as previstas na Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS.

CLÁUSULA OITAVA - DURAÇÃO DO CONTRATO

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

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

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

8.4. O presente Contrato será automaticamente renovado por período indeterminado, isentando o CONTRATANTE e seus BENEFICIÁRIOS indicados na Proposta de Adesão/Admissão, do pagamento de quaisquer taxas ou valores a título de renovação, bem como do cumprimento de novas carências.

CLÁUSULA NONA –PERÍODOS DE CARÊNCIA

9.1. 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.

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

9.3. As carências são contadas individualmente para cada beneficiário, a partir da data de sua inclusão.

9.4. Para este plano, são os seguintes os prazos de carência, caso não estejam estipulados de forma diversa na Proposta de Adesão:

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

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

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

9.5. Os prazos de carência poderão ser negociados entre as Partes desde que expressamente estabelecidos na Proposta, que será parte integrante do presente Contrato.

9.6. Serão considerados os períodos de carência, porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo Beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma OPERADORA, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos.

9.6.1. Nessa hipótese, será cabível a imposição de novos períodos de carência, quando no presente plano for garantido acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações e área de abrangência maior que a anterior. As carências serão cobradas somente em relação às novas condições acrescentadas pelo Contrato atual.

CLÁUSULA DÉCIMA –DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

10.1 Doenças e Lesões Preexistentes

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

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

10.2 Declaração de Saúde

10.2.1. 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.

10.2.2. 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.

10.2.3. 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.

10.2.4. 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.

11.2.5. 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 ou Agravo.

10.2.6. 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 e está disponível para consulta no site: www.ans.gov.br.

10.3 Processo Administrativo por fraude

10.3.1. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, e poderá:

a) Oferecer a Cobertura Parcial Temporária, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses do ingresso ao plano.

b) Oferecer agravo; e

c) 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;

10.3.2. 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.

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

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

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

10.3.6. Na hipótese acima, de acolhimento da alegação da CONTRATADA pela ANS, o Contrato será rescindido unilateralmente.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.1 Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia 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.

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

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

11.4. 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.

11.5. 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.

11.6. 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.

11.7. 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.

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

11.9. 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.

11.10. 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 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.

11.11. Em casos de urgência e emergência, o beneficiário deve se dirigir **preferencialmente à rede credenciada**, para que o atendimento se dê por meio de comunicação entre o prestador credenciado e a CONTRATADA sem desembolso de valores pelo beneficiário.

11.12. Na impossibilidade de se utilizar a rede credenciada nos casos de urgência e emergência, o beneficiário poderá utilizar-se de outras instituições, porém neste caso deverá arcar com todos os custos de forma particular e posteriormente solicitar reembolso junto à CONTRATADA, que, após análise da procedência do pedido, será realizado de acordo com os valores praticados entre CONTRATADA e sua rede credenciada.

11.13. Na hipótese de o beneficiário utilizar prestador não credenciado, no atendimento de urgência e emergência, poderá ocorrer do reembolso realizado pela CONTRATADA ser menor que o valor desembolsado por ele.

11.14 Remoção

11.14.1. 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.

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

11.14.3. 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.

11.14.4. 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.

11.14.5 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.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – REEMBOLSO

12.1. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA.

12.2. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, tendo por referência a tabela de remuneração de honorários praticada pela CONTRATADA com os serviços contratados e credenciados. Não será reembolsado ao beneficiário, nos casos de urgência e emergência, valor inferior que o praticado pela CONTRATADA e sua rede contratada.

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

12.3.1. Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio.

12.3.2. Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento com justificativas dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar.

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

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

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

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

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

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

12.4. Não serão reembolsados:

- a) Procedimentos realizados em caráter eletivo.
- b) Procedimentos não cobertos pelo plano.
- c) Eventos sem comprovação de pagamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

13.1. Condições de atendimento ao beneficiário

13.1.1 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:

13.2. Rede credenciada

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

13.2.2. 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.

13.2.3. 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.

13.2.4. Não estão compreendidos neste Contrato os honorários de profissionais não credenciados.

13.2.5. Este plano garante cobertura a internação exclusivamente nos seguintes hospitais:

- a) BENEFICÊNCIA NIPO-BRASILEIRA DA AMAZÔNIA – HOSPITAL AMAZÔNIA

- b) BENEMÉRITA SOCIEDADE PORTUGUESA BENEFICENTE DO PARÁ
- c) HOSPITAL E MATERNIDADE SAÚDE DA CRIANÇA LTDA
- d) HOSPITAL PRÓ INFANTIL LTDA
- e) HOSPITAL SANTA TERESINHA LTDA

13.2.6. A operadora disponibilizará GUIA MÉDICO, pela internet, no site <https://amazoniaplanos.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.

13.2.6. 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.

13.2.7. 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.

13.2.8. 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.

13.2.9. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NA COBERTURA DESTE CONTRATO OS SEGUINTE HOSPITAIS:

- a) Hospital Nossa Senhora de Guadalupe (Hospital N S Guadalupe);
- b) Hospital Porto Dias S/C Ltda (Hospital Porto Dias);
- c) Queiroz Cia Ltda EPP (Hospital Redentor);
- d) Venerável Ordem Terceira de São Francisco (Hospital Ordem Terceira);
- e) Hospital Adventista de Belém, Hospital Saúde da Mulher (HSM);
- f) Hospital RioMar;
- g) Hospital Layr Maia;
- h) Hospital Santa Clara;
- i) Hospital Geral de Belém.

13.2.10. 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.

13.3. Autorização e Auditoria prévias

13.3.1 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.

13.3.2. Ao precisar realizar exames, internações ou procedimentos, o beneficiário deverá encaminhar-se pessoalmente à sede da Operadora no endereço: Trav. 9 de Janeiro, nº 1295 ou ligar para o telefone (91) 3184-7650, para se informar da necessidade de obtenção de autorização/auditoria prévias.

13.3.3. 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.

13.3.4 Para obtenção da autorização e atendimentos dos procedimentos listados neste item é imprescindível a apresentação de documento de identidade, carteira de identificação na Operadora (física ou virtual) e solicitação médica.

14.3.5. 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.

13.3.6. Ao recepcionar a solicitação, após a avaliação das condições contratadas pelo setor de autorizações (Carências, abrangência geográfica, contratação de CPT), o auditor da AMAZÔNIA SAÚDE 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.

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

13.3.8. Havendo necessidade de autorização prévia, o beneficiário deverá, antes de agendar o procedimento no prestador, dirigir-se até a CONTRATADA, de posse da **solicitação médica ou do cirurgião dentista assistente** para obtenção da autorização e agendamento.

13.3.9. 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.

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

13.3.11. A guia de autorização emitida tem validade por 30 dias e, após esse prazo, o beneficiário terá que renová-la no setor de atendimento da CONTRATADA.

13.3.12. 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 566/2022, para o procedimento solicitado.

13.3.13. O beneficiário não será reembolsado de acordos particulares que tenha feito diretamente com o prestador, a não ser que a AMAZÔNIA SAÚDE o tenha previamente autorizado a fazê-lo mediante documento escrito.

13.3.14. Incorrendo na hipótese do item anterior, o beneficiário deverá apresentar os valores gastos à Amazônia Saúde, mediante documentos, recibos e notas fiscais originais. O reembolso, depois de apresentada toda documentação solicitada, será realizado em até 30 dias. O valor referente à coparticipação, quando couber, poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

13.4. Junta médica ou odontológica

13.4.1 Os pedidos de órteses e próteses, bem como de procedimentos, terapias, feitos pelo médico/profissional assistente serão avaliados pela auditoria, quanto à indicação, quantidade e, em caso de divergência, será formada junta médica para dirimir o impasse.

13.4.2. Havendo instauração de junta médica, o beneficiário poderá ser notificado para participar, prestar esclarecimentos e apresentar laudos e exames, de acordo com o reto estabelecido pela regulamentação vigente publicada pela ANS – agência Nacional de saúde Suplementar.

13.3. Mecanismos de utilização – financeiros - Coparticipação

13.3.1. Sobre a utilização dos procedimentos previstos nesse contrato será cobrada coparticipação, na forma, nos limites e valores estabelecidos na proposta de adesão.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – FORMAÇÃO DE PREÇO E PAGAMENTO DA MENSALIDADE/COPARTICIPAÇÃO

14.1. Este Contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre CONTRATANTE e CONTRATADA, de acordo com as condições firmadas e constantes na proposta de admissão, sendo o pagamento da contraprestação pecuniária efetuado pelo CONTRATANTE antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

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

14.3 Pagamento da contraprestação pecuniária e coparticipação

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

14.3.2 Caso o CONTRATANTE não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA. A Operadora utilizará de meios virtuais para o envio dos instrumentos de cobrança.

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

14.3.4 Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário.

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

14.3.6. O pagamento da mensalidade não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

14.3.7. Em caso de atraso no pagamento, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois) por cento, acrescida da atualização do valor da mensalidade pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-lo e juros de mora de 1% (um) por cento ao mês;

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

14.3.9. O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados os débitos anteriores.

14.3.10. Sempre que houver alteração na data do vencimento da contraprestação pecuniária, o CONTRATANTE pagará proporcionalmente pelos dias que usufruiu da cobertura contratada.

14.3.11. O CONTRATANTE obriga-se a checar o nome e o CNPJ do favorecido no documento de cobrança emitido virtualmente, para evitar que tenha prejuízos por fraudes e invasões de computadores. Devem constar no documento os seguintes dados:

a) Nome - AMAZÔNIA PLANOS DE SAÚDE LTDA.

b) CNPJ/M.F : nº 16.926.969/0001-28

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – REAJUSTE CONTRATUAL

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do Contrato, e observará o índice publicado pela ANS para reajuste das mensalidades de planos de saúde contratados individualmente.

15.2. Em caso de sua extinção, será utilizado o IGPM.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – AUMENTO DE MENSALIDADE POR FAIXAS ETÁRIAS

16.1. Para fins desse Contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias, conforme RN 563/2022, editada pela ANS, e os percentuais de reajuste correspondentes conforme proposta de adesão.

Faixa Etária	% Aumento
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	16,38%
24 a 28 anos	15,85%
29 a 33 anos	17,57%
34 a 38 anos	14,60%
39 a 43 anos	16,10%
44 a 48 anos	19,24%
49 a 53 anos	52,06%
54 a 58 anos	20,57%
59 ou mais	29,72%

16.2. 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 ao aniversário de cada BENEFICIÁRIO.

16.3. 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.

16.4. 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.

16.5. Os valores das mensalidades estão demonstrados na Proposta de Adesão.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

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

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

17.3. A exclusão de BENEFICIÁRIOS poderá ser realizada mediante pedido do CONTRATANTE por escrito, por telefone ou por outro meio colocado à disposição e dos consumidores.

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

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

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

17.7. Os usuários, que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - RESCISÃO E SUSPENSÃO CONTRATUAL

18.1. A OPERADORA poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato ora firmado, nos casos de:

a. Fraude comprovada do beneficiário titular ou de seu(s) dependente(s), inclusive nos casos em que seja identificada a omissão de conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente (DLP) por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. A hipótese de fraude ao contrato será apurada em processo administrativo instaurado junto à ANS;

b. Inadimplência da contraprestação pecuniária, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, após notificação prévia ao beneficiário titular, que se dará até o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias. A Notificação será válida se realizada por carta, e-mail informado na proposta, whatsapp em número de telefone informado na proposta ou SMS, ligação gravada e outros meios.

18.2. O contrato será cancelado ou suspenso, a critério da OPERADORA, se o beneficiário titular ou seu responsável, deixar de pagar sua(s) mensalidade(s), e quando notificado para pagar, não o fizer, ou fazê-lo parcialmente, no prazo de 10 (dez) dias corridos da ciência. A OPERADORA o notificará da inadimplência ocorrida até o quinquagésimo dia do não pagamento mas, caso opte por notificá-lo após o quinquagésimo dia, será concedido o mesmo prazo de 10 (dez) dias corridos para pagamento.

18.3. Após esgotadas as tentativas de notificação pelos meios de contato informados pelo beneficiário, ainda que não confirmada a sua ciência, a OPERADORA poderá cancelar ou suspender seu contrato, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

18.4. Não haverá a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato durante a ocorrência de internação do titular.

18.5. A extinção do vínculo ocorrida por fraude não desobriga o beneficiário titular do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha causado, diretamente ou por intermédio de seus dependentes.

18.6. O Titular ou o CONTRATANTE poderá manifestar a intenção de rescindir o contrato por meio das seguintes formas:

I – presencialmente, na sede da OPERADORA, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;

II – por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela OPERADORA; ou

III – por meio da página da OPERADORA na internet.

18.7. Caso o beneficiário Titular dê causa ou manifeste intenção de rescindir o presente contrato antes do término do prazo mínimo de 1 (um) ano de vigência contratual, ficará sujeito ao pagamento de multa rescisória equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

18.8. A OPERADORA reserva-se no direito de cobrar do beneficiário titular, pelos meios legais cabíveis, após a rescisão do contrato, eventuais despesas, inclusive de coparticipação, decorrentes de atendimento prestado a ele e seus dependentes.

18.9. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da OPERADORA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele ou seus dependentes, após a rescisão do contrato, independentemente da data de início do tratamento.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO TRATAMENTO DE DADOS

19.1. Ao aderir ao presente plano de saúde, o BENEFICIÁRIO concorda que a AMAZÔNIA PLANOS tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, inclusive de dados sensíveis, bem como realize o tratamento de tais dados, envolvendo operações como as que se referem à coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

19.1.1. Em caso de beneficiário menor de 18 anos ou ainda declarado relativamente incapaz, a AMAZÔNIA PLANOS coletará consentimento específico dos respectivos representantes legais.

19.2. As operações designadas acima se referem a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais do BENEFICIÁRIO:

- a) Nome completo;
- b) Data de nascimento;
- c) Número e imagem da Carteira de Identidade (RG);
- d) Número e imagem do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- e) Número e imagem da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- f) Estado civil;
- g) Profissão;
- h) Endereço completo;
- i) Números de telefone e endereços de e-mail;
- j) Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o BENEFICIÁRIO e a AMAZÔNIA PLANOS;
- k) Número do vínculo contratual existente entre o BENEFICIÁRIO e a AMAZÔNIA PLANOS;
- l) Dados de saúde fornecidos aos prestadores da rede credenciada da AMAZÔNIA PLANOS.

19.3. O tratamento de dados pessoais listados nesta cláusula tem as seguintes finalidades:

- a) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS forneça a cobertura de plano de saúde contratada, adimplindo o Contrato;
- b) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS fiscalize e garanta a tutela à saúde fornecida pelo presente plano de saúde e realizada por seus prestadores vinculados;
- c) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS identifique e entre em contato com o BENEFICIÁRIO para fins de relacionamento comercial;
- d) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS elabore Contratos comerciais e emita cobranças contra o BENEFICIÁRIO;
- e) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS envie ou forneça ao BENEFICIÁRIO seus produtos e serviços, de forma remunerada ou gratuita;

- f) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS estruture, teste, promova e faça propaganda de produtos e serviços, personalizados ou não ao perfil do BENEFICIÁRIO;
- g) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS utilize tais dados em Pesquisas de Mercado;
- h) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS utilize tais dados na elaboração de relatórios e emissão de produtos e serviços;
- i) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS utilize tais dados para suas peças de Comunicação;
- j) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS utilize tais dados para emissão de Notas Fiscais e documentos financeiros correlatos;
- k) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS utilize tais dados para facilitar a prestação de serviços diversos além dos primariamente contratados, desde que o cliente também demonstre interesse em contratar novos serviços;
- l) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS utilize tais dados para fornecimento às empresas de gestão de Carteira; e
- m) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS faça uso de tais dados para gerenciar a Carteira de Plano de Saúde, garantindo a qualidade dos serviços prestados, e;
- n) Possibilitar que a AMAZÔNIA PLANOS cumpra obrigações legais e regulatórias.

19.4. A AMAZÔNIA PLANOS é autorizada a fornecer os dados pessoais tratados para fornecedores, revendedores, distribuidores e agentes envolvidos na prestação dos serviços, além de seus profissionais vinculados à rede contratada.

19.5. A AMAZÔNIA PLANOS se responsabiliza pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

19.5.1. Em caso de vazamento de dados ou qualquer invasão e instabilidade do banco de dados, a AMAZÔNIA PLANOS comunicará imediatamente o BENEFICIÁRIO.

19.6. A AMAZÔNIA PLANOS poderá manter e tratar os dados pessoais do BENEFICIÁRIO durante todo o período em que os mesmos forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas nesta cláusula.

19.6.1. O BENEFICIÁRIO poderá solicitar via e-mail, correspondência ou presencialmente à AMAZÔNIA PLANOS, a qualquer momento, que sejam eliminados os dados pessoais do BENEFICIÁRIO.

19.6.2. Se a solicitação de eliminação de dados se der enquanto existir algum vínculo contratual entre o BENEFICIÁRIO e a AMAZÔNIA PLANOS, fica o BENEFICIÁRIO ciente de que poderá ser inviável a continuação da prestação de serviços.

19.6.3. Dados pessoais anonimizados, sem possibilidade de associação ao indivíduo, poderão ser mantidos por período indefinido.

19.7. O BENEFICIÁRIO pode solicitar à AMAZÔNIA PLANOS, a qualquer momento:

- a) Confirmação da existência de tratamento;
- b) Acesso aos dados;
- c) Correção de dados;
- d) Anonimização, bloqueio ou eliminação dos dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709;
- e) Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial;
- f) Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do BENEFICIÁRIO exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709;
- g) Informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados;
- h) informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;
- i) revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 13.709.

19.8. A presente cláusula poderá sofrer alterações a qualquer tempo, a fim de adequar-se às disposições legislativas e demais interesses da AMAZÔNIA PLANOS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1. O Rol de Procedimentos Médicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site <https://amazonioplanos.com.br/>.

20.2. 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.

20.3. Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com mais benefícios – maior rede, acomodação em nível superior, abrangência geográfica mais extensa, 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.

20.4. A autorização, por parte da CONTRATADA, de eventos não previstos ou excluídos neste Contrato não confere ao CONTRATANTE direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente Contrato, caracterizando mera liberalidade da CONTRATADA.

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

20.6. Não é admitida a presunção de que a CONTRATADA ou o CONTRATANTE possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

20.7. O envio de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde permanece sob responsabilidade da CONTRATADA, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do BENEFICIÁRIO.

20.8. 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.

20.9. Os usuários 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.

20.10. Na falta de leito coletivo nos estabelecimentos da rede credenciada da CONTRATADA, será garantida acomodação superior sem ônus adicional.

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

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

20.13. O CONTRATANTE obriga-se à manutenção de seus dados cadastrais, comprometendo-se informar a CONTRATADA sempre que alterar o endereço, telefone, e-mail, estado civil, óbito, entre outros, sob pena se, em não fazendo, ser responsabilizado pelas consequências de sua inércia.

20.14 O CONTRATANTE deverá notificar a OPERADORA sobre eventual mudança de endereço, bem como alterações das condições dos dependentes, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

20.15 Havendo o descumprimento do dever de informação sobre eventual mudança de endereço, endereço eletrônico, número de telefone ou de telefone celular, por parte do CONTRATANTE, este será considerado notificado automaticamente de todas as correspondências enviadas pela OPERADORA para o último endereço, endereço eletrônico, números de telefones, celulares informados, independentemente da respectiva comprovação de recebimento pelo CONTRATANTE, inclusive nos casos de notificação para rescisão contratual e demais correspondências.

20.21 O CONTRATANTE é o único responsável pelas atualizações dos endereços e/ou dados cadastrais dos beneficiários inscritos neste contrato, devendo informar à OPERADORA as respectivas alterações, eximindo-a, inclusive, de quaisquer responsabilidades em relação às negligências dessas ações.

20.22 Os dispositivos contratuais que transcrevem regras previstas na legislação de saúde suplementar e demais normativos regulamentares acompanharão a vigência dos referidos atos, de forma que, quando cabível, posterior alteração promovida pelos órgãos competentes automaticamente produzirá efeitos sobre as respectivas cláusulas contratuais.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO FORO

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

Por estarem assim, justas e contratadas, as Partes acordam pela formalização do presente instrumento, conforme a data e assinatura do CONTRATANTE e da CONTRATADA contidas na Proposta de Adesão.

AMAZÔNIA PLANOS DE SAÚDE LTDA

CNPJ nº 16.926.969/0001-28