

SUMÁRIO

Cláusula 1ª. Do Objeto	01
Cláusula 2ª. Das Definições	01
Cláusula 3ª. Dos Beneficiários	03
Cláusula 4ª. Da Inclusão e Exclusão dos Beneficiários	03
Cláusula 5ª. Dos Planos e das Transferências	07
Cláusula 6ª. Das Coberturas	09
Cláusula 7ª. Das Condições para o Atendimento	16
Cláusula 8ª. Das Carências	20
Cláusula 9ª. Das Coberturas Excluídas	21
Cláusula 10ª. Dos Preços, Reajustes e Condições de Pagamento	23
Cláusula 11ª. Dos Benefícios Especiais	27
Cláusula 12ª. Da Vigência e Rescisão do Contrato	30
Cláusula 13ª. Das Disposições Finais	31
Produtos Registrados na ANS	35

CONTRATO ADESÃO FATURA ÚNICA

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR E OBSTÉTRICA, DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E ODONTOLÓGICA. CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO - 200 OU MAIS BENEFICIÁRIOS.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, a parte identificada na Proposta Contratual com referência a este contrato de número UN 003 - 1208, **na qualidade de estipulante em favor daqueles a que se destinam os serviços**, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE, e, de outro, UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA., com sede na Av. Armando Lombardi, 400, Salas 101 a 105, Barra da Tijuca, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o nº 42.163.881/0001-01, possuidora do Registro de Operadora nº 39.332-1, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, **agindo como mandatária dos seus médicos cooperados**, doravante denominada simplesmente UNIMED-RIO, têm justa e acordada a prestação de assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia e odontológica, observados os produtos contratados, na forma das cláusulas e condições a seguir.

CLÁUSULA 1ª. DO OBJETO

O contrato tem por objeto garantir aos sócios gestores, diretores e empregados da CONTRATANTE e aos seus respectivos DEPENDENTES, eventualmente inscritos, a cobertura de custos de assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia e odontológica, pela UNIMED-RIO, através de seus médicos cooperados e de rede assistencial própria ou contratada, **desde que a CONTRATANTE esteja sediada e/ou estabelecida no município do**

Rio de Janeiro e que inclua no ato da contratação uma quantidade mínima de 200 (duzentos) beneficiários.

1.1. A assistência contratada destina-se à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observados a legislação em vigor, os termos deste contrato e as coberturas previstas nos produtos escolhidos.

1.2. Além dos atendimentos médicos, hospitalares e odontológicos previstos nos produtos escolhidos, a CONTRATANTE poderá incluir, por ocasião da celebração do contrato ou durante sua vigência, outras coberturas opcionais que estiverem sendo oferecidas pela UNIMED-RIO, mediante pagamento do valor a elas correspondente.

CLÁUSULA 2ª. DAS DEFINIÇÕES

Para efeito deste contrato e visando a melhor compreensão de suas cláusulas e condições, bem como a correta utilização da assistência contratada, devem ser observadas as seguintes definições:

a) **Acidente Pessoal** é aquele ocorrido de forma imprevista, involuntária, violenta e externa durante a relação contratual de cada beneficiário inscrito, com data e descrição comprovadas, ocasionador de lesões físicas que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar;

b) **Ano** é o período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados do início de vigência da relação contratual de cada beneficiário inscrito;

c) **Assistência Ambulatorial** é aquela que assegura os atendimentos referentes a consultas médicas, exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, inclusive cirurgias de pequeno porte, para os quais não haja necessidade de internação hospitalar;

d) **Assistência Hospitalar** é aquela prestada em ambiente hospitalar, decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exijam a internação do beneficiário;

e) **Carência** é o período de tempo ininterrupto, contado a partir da inclusão de cada beneficiário, em que o BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou demais beneficiários ainda não gozam do direito de utilizar as coberturas asseguradas pelo plano contratado;

f) **Cartão de Identificação** é o cartão individual e intransferível emitido pela UNIMED-RIO, que identifica o beneficiário e torna possível a utilização das coberturas contratadas;

g) **Co-participação** é a parcela da despesa a ser paga pela CONTRATANTE, após a realização de determinados procedimentos médicos e/ou hospitalares, pelos seus BENEFICIÁRIOS TITULARES e demais beneficiários inscritos;

h) **Doença Crônica** é a que exige tratamento ou acompanhamento médico de forma contínua ou intermitente;

i) **Eletivo** é o procedimento médico previamente programado, não considerado de urgência ou emergência;

j) **Emergência Clínica ou Cirúrgica** é a situação decorrente de evento imprevisto, que exige atendimento médico ou internação hospitalar imediata para superar o risco iminente de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, assim caracterizada em declaração expressa do médico assistente;

k) **Inseminação artificial** é uma técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta,

doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

l) **Medicamentos para Tratamento Domiciliar** são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);

m) **Órtese** é qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

n) **Proposta para Contratação de Prestação de Assistência Médica, Hospitalar e Obstétrica de Diagnóstico e Terapia e Odontológica**, doravante denominada simplesmente Proposta, é o documento contratual que, preenchido e assinado pela CONTRATANTE, formaliza seu interesse em contratar a assistência objeto do contrato, sendo entregue e protocolada na UNIMED-RIO. A Proposta contém os dados cadastrais da CONTRATANTE, dados do representante legal, dados dos representantes de vendas da UNIMED-RIO, informações complementares, Declaração de Conhecimento e Oferecimento, Declarações Gerais da CONTRATANTE, os produtos contratados e seus respectivos preços, entre outros, sendo parte integrante deste instrumento;

o) **Prótese** é qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua

total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

p) **Sistema Nacional Unimed** é o conjunto de todas as cooperativas de trabalho médico Unimed, **pessoas jurídicas distintas entre si**, com autonomia administrativa, comercial e financeira, relacionadas no Guia Médico descrito na alínea "b", da subcláusula 4.1.4;

q) **Tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar - TRAMH** é a relação de procedimentos médicos e hospitalares e seus respectivos preços, a ser utilizada nos casos em que for necessária a aferição de custo da assistência prestada, devidamente registrada em cartório, e será utilizada para fins do disposto na subcláusula 7.3 deste contrato;

r) **Tabela de Referência da Assistência Odontológica - TRAO** é a relação de procedimentos odontológicos e seus respectivos preços, a ser utilizada nos casos em que for necessária a aferição de custo da assistência prestada, devidamente registrada em cartório, e será utilizada para fins do disposto na subcláusula 7.4.1 deste instrumento;

s) **Termo de Responsabilidade** é o documento firmado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e entregue à UNIMED-RIO por intermédio da CONTRATANTE, no qual se responsabiliza pela utilização indevida do Cartão de Identificação perdido ou extraviado por si e/ou seus respectivos DEPENDENTES eventualmente inscritos;

t) **Urgência** é considerada exclusivamente a situação causada por acidente pessoal ou por complicações no processo gestacional.

CLÁUSULA 3ª. DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados para efeito deste contrato:

a) **BENEFICIÁRIOS TITULARES** -

os sócios, diretores e empregados da CONTRATANTE, que espontaneamente vierem a aderir ao presente instrumento; e

b) **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** - aqueles que têm grau de parentesco e dependência econômica com o BENEFICIÁRIO TITULAR, assim definidos: cônjuge ou companheiro; filhos solteiros com idade inferior a 25 (vinte e cinco) anos; filhos do companheiro, enteados, tutelados, menores sob guarda por força de decisão judicial, todos equiparados aos filhos solteiros; e filhos inválidos de qualquer idade.

CLÁUSULA 4ª. DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Fica assegurado à CONTRATANTE, o direito à inclusão e à exclusão de beneficiários, durante a vigência do contrato, conforme solicitação prévia destes, desde que sejam observados os prazos constantes do calendário de implantação cadastral entregue à CONTRATANTE e que os pedidos sejam solicitados através de documentos ou meios próprios indicados pela UNIMED-RIO, que passarão a fazer parte integrante deste contrato. A adesão e a exclusão, a pedido do beneficiário titular dar-se-ão diretamente à CONTRATANTE que promoverá a respectiva solicitação à UNIMED-RIO.

4.1. INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Por ocasião da celebração do contrato, a inclusão dos beneficiários far-se-á mediante o cumprimento das carências previstas na Cláusula 8ª.

4.1.1. A inclusão de DEPENDENTES, após a inclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR, far-se-á mediante o cumprimento das carências previstas na Cláusula 8ª. Exceção feita aos seguintes casos:

a) recém-nascido, filho natural ou

adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR, que será dispensado das carências, **desde que sua inclusão seja efetuada no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**

b) **filho adotivo, com idade de até 12 (doze) anos**, que tenha sido adotado durante a vigência do contrato, aproveitando-se para ele os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR adotante, **desde que seja incluído no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da adoção;** e de

c) **cônjuge**, aproveitando-se para ele os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, **desde que sua inclusão seja efetuada no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do matrimônio.**

4.1.2. É assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR ou de seu DEPENDENTE, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

4.1.3. Quando da inclusão de um beneficiário, a CONTRATANTE deverá apresentar à UNIMED-RIO os documentos cadastrais que identificam e qualificam os respectivos beneficiários, inclusive quanto ao vínculo societário e/ou de trabalho, o grau de parentesco e a relação de dependência econômica.

4.1.3.1. A UNIMED-RIO poderá solicitar, durante a relação contratual, documentação cadastral comprobatória das declarações prestadas pela CONTRATANTE, por ocasião da inclusão dos beneficiários no contrato.

4.1.4. Após a inclusão dos beneficiários, a UNIMED-RIO encaminhará à CONTRATANTE, para distribuição, os seguintes documentos:

a) os **Cartões de Identificação** de cada

um dos beneficiários inscritos no contrato, onde estão evidenciados, além do código e nome do beneficiário, o nome da CONTRATANTE, o prazo de validade do cartão e o plano contratado;

b) o **Guia Médico**, em quantidade proporcional ao número de BENEFICIÁRIOS TITULARES inscritos, onde consta a relação de médicos cooperados por especialidade, hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros, classificados de acordo com o padrão de rede assistencial, bem como a relação das demais cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed, com os respectivos endereços; e

c) o **Guia Odontológico**, em quantidade proporcional ao número de BENEFICIÁRIOS TITULARES inscritos possuidores dessa cobertura, onde consta a relação de odontólogos por especialidade.

4.1.5. A assistência e benefícios constantes deste instrumento serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, a partir da data do vencimento constante da Proposta, subsequente ao pedido de inscrição e desde que cumpra as carências eventualmente aplicadas, **salvo o previsto na subcláusula 4.1.**

4.2. EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

4.2.1. **A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR ocasionará a exclusão dos respectivos dependentes inscritos.**

4.2.2. **É obrigação da CONTRATANTE, em caso de exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR ou do DEPENDENTE e/ou cancelamento ou rescisão do contrato, devolver os respectivos Cartões de Identificação ou os Termos de Responsabilidade firmados e quaisquer outros documentos que possibilitem a utilização da assistência contratada, respondendo sempre e sob todos os**

aspectos, perante a UNIMED-RIO, até a data da devolução, pelos prejuízos resultantes do uso indevido, eximindo-se a UNIMED-RIO de qualquer responsabilidade deles decorrente.

4.2.2.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obtenção de atendimento, mesmo que na forma contratada, pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou dependente, que perder essa condição por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, com ou sem o conhecimento dos mesmos.

4.2.2.2. As despesas relativas à co-participação, decorrentes de procedimentos médicos e hospitalares ocorridos durante o período de vigência do beneficiário, **ainda que cobradas posteriormente à sua exclusão, são de responsabilidade da CONTRATANTE.**

4.2.3. Os beneficiários titulares e dependentes que perderem a condição de beneficiário deste contrato poderão assinar contratação individual ou familiar em até 30 (trinta) dias, a contar da data da perda desse direito, aproveitando-se as carências que já tenham sido cumpridas, **desde que o novo produto seja equivalente ao que possuíam.**

4.3. CONTINUIDADE DAS COBERTURAS POR EXONERAÇÃO OU RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

Fica assegurado ao BENEFICIÁRIO TITULAR que **contribua por si**, para um dos planos contratados, objeto deste instrumento, em decorrência do vínculo empregatício do mesmo com a CONTRATANTE, **na hipótese de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ocorrida durante a vigência do contrato**, o direito de manter a qualidade de beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial que possuía antes da dispensa, **desde que**

assumindo o pagamento integral do valor da mensalidade correspondente e que tenha realizado a opção pela sua manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do seu desligamento.

4.3.1. O direito assegurado na subcláusula anterior estende-se aos dependentes eventualmente inscritos.

4.3.2. O período de manutenção dessa qualidade corresponderá a um terço do tempo de contribuição ao plano, assegurado o prazo mínimo de 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

4.3.3. Em falecendo o BENEFICIÁRIO TITULAR, aos dependentes eventualmente inscritos, fica assegurada a permanência até o término do prazo fixado na subcláusula anterior.

4.3.4. Cessará a qualidade de beneficiário assegurada na subcláusula 4.3, antes dos períodos fixados anteriormente, quando o BENEFICIÁRIO TITULAR for admitido em outro emprego.

4.3.5. **O BENEFICIÁRIO TITULAR que não participar financeiramente do plano, durante o período em que mantiver vínculo de emprego, não terá direito à manutenção da condição de beneficiário, após o afastamento sem justa causa.**

4.3.6. **Não caracteriza participação financeira, a co-participação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto do contrato.**

4.3.7. **Na hipótese de cancelamento ou rescisão do presente contrato, por qualquer dos motivos nele previstos, cessará por completo, independentemente de qualquer prévio aviso ou notificação, o benefício previsto nessa cláusula.**

4.3.8. O direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

4.4. CONTINUIDADE DAS COBERTURAS POR APOSENTADORIA

Fica assegurado ao BENEFICIÁRIO TITULAR, **que contribua por si, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos**, para um dos planos contratados objeto deste instrumento e em decorrência do vínculo empregatício do mesmo com a CONTRATANTE, **na hipótese de aposentadoria ocorrida durante a vigência do contrato**, o direito de manter a qualidade de beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial que possuía antes da sua aposentadoria, **desde que assumindo o pagamento integral do valor da mensalidade correspondente e que tenha realizado a opção pela sua manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da sua aposentadoria.**

4.4.1. O BENEFICIÁRIO TITULAR, que contribuir por prazo inferior àquele mencionado na subcláusula anterior, terá assegurado o direito de manutenção da qualidade de beneficiário de um ano para cada ano de contribuição.

4.4.2. Cessará a qualidade de beneficiário assegurada na subcláusula 4.4, antes dos períodos fixados anteriormente, quando o BENEFICIÁRIO TITULAR for admitido em outro emprego.

4.4.3. **O BENEFICIÁRIO TITULAR que não participar financeiramente do plano, durante o período em que mantiver vínculo de emprego, não terá direito à manutenção da condição de beneficiário, após a aposentadoria. Não caracteriza participação financeira, a co-participação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto do contrato.**

4.4.4. O direito assegurado na subcláusula 4.4 estende-se aos dependentes eventualmente inscritos.

4.4.5. Em falecendo o BENEFICIÁRIO TITULAR, aos dependentes eventualmente inscritos fica assegurada a permanência até o término do prazo fixado para concessão do benefício.

4.4.6. **Na hipótese de cancelamento ou rescisão do presente contrato, por qualquer dos motivos nele previstos, cessará por completo, independentemente de qualquer prévio aviso ou notificação, o benefício previsto nessa Cláusula.**

4.4.7. O direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

4.5. GOZO DO BENEFÍCIO APOSENTADO E DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA

Para a consecução dos objetivos previstos nos artigos 30 e 31, da Lei Federal nº 9.656/98, a CONTRATANTE concorda em permitir aos seus ex-empregados, aposentados e demitidos sem justa causa, **que contribuam para o plano mantido com a UNIMED-RIO**, a manutenção no contrato, a fim de que os mesmos possam manter a condição de beneficiários, conforme preceitua a legislação em vigor.

4.5.1. A CONTRATANTE obriga-se a declarar expressamente, neste ato, assim como por ocasião da dispensa ou da aposentadoria, serem ou não os beneficiários titulares empregados custeadores, total ou parcialmente do valor da mensalidade do plano de saúde, para fins da concessão do benefício previsto neste instrumento.

4.5.2. A CONTRATANTE obriga-se a dar ciência aos seus empregados aposentados e demitidos sem justa causa da existência

desta avença que permite aos mesmos permanecerem como beneficiários da UNIMED-RIO, enquanto for vigente o contrato, observados as condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação.

4.5.3. A CONTRATANTE obriga-se a entregar mensalmente relação contendo nome e qualificação completa de todos os beneficiários empregados, que tenham sido aposentados ou demitidos sem justa causa no período, a data do término do contrato de trabalho dos mesmos, assim como quais os beneficiários que possuem na forma da lei direito ao benefício objeto do presente.

4.5.3.1. Juntamente com a relação mencionada na subcláusula 4.5.3, a CONTRATANTE entregará à UNIMED-RIO cópia da manifestação expressa firmada pelo empregado aposentado ou demitido sem justa causa, em resposta à comunicação da CONTRATANTE, formalizada no ato da rescisão contratual, no sentido de que o mesmo optou pela manutenção da condição de beneficiário do plano, **dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aposentadoria e/ou da demissão sem justa causa.**

4.5.4. As mensalidades correspondentes, assim como os valores relativos à co-participação, esta quando contratada, serão pagas diretamente pelos beneficiários titulares, ex-empregados, por meio de aviso bancário, sempre até o vencimento e nos locais indicados pela UNIMED-RIO, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

4.5.5. **Caso os beneficiários titulares não recebam o aviso bancário até 05 (cinco) dias antes do vencimento, deverão providenciar junto à UNIMED-RIO a emissão de 2º via, promovendo, no prazo, o pagamento da mensalidade, sob pena de ficarem sujeitos à multa**

e a encargos moratórios previstos no contrato.

4.5.5.1. **Se as mensalidades permanecerem sem pagamento por prazo igual ou superior a 05 (cinco) dias, a UNIMED-RIO poderá adotar, a seu critério, a não assunção das despesas com todo e qualquer atendimento que esteja ou venha a ser obtido pelo beneficiário em gozo desse benefício, até a liquidação integral do débito.**

4.5.6. **Estarão excluídos do contrato o beneficiário titular e seus respectivos dependentes que estejam em gozo desse benefício, se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso ou a critério da UNIMED-RIO, das despesas porventura realizadas no período de inadimplência.**

CLÁUSULA 5ª. DOS PLANOS E DAS TRANSFERÊNCIAS

A CONTRATANTE, a seu exclusivo critério e por ocasião da contratação, escolherá para cada BENEFICIÁRIO TITULAR, **apenas um entre os planos oferecidos pela UNIMED-RIO**, estabelecendo a extensão da cobertura, conforme descrição contida na Cláusula 6ª adiante, o registro do produto na ANS, a abrangência geográfica, o padrão da rede assistencial e o tipo de acomodação hospitalar a que terá direito. **Os dependentes serão inscritos obrigatoriamente no mesmo plano escolhido para o BENEFICIÁRIO TITULAR.** A escolha constará dos documentos ou meios próprios indicados pela UNIMED-RIO para inclusão dos beneficiários.

5.1. PLANOS CONTRATUAIS

5.1.1. PLANOS CONTRATUAIS COM ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA NACIONAL

5.1.1.1. Os planos Unimed Alfa, Unimed

Beta, Unimed Delta e Unimed Ômega asseguram, dentro do território nacional, **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos) e **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas).

5.1.1.1.1. Os planos Unimed Alfa, Unimed Beta, Unimed Delta e Unimed Ômega **apresentam uma outra modalidade**, com registro de produto na ANS diferenciado e que assegura, dentro do território nacional, **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos), **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e **assistência odontológica**.

5.1.1.2. O plano Unimed Alfa, independente da sua modalidade, assegura direito à acomodação em quarto coletivo (enfermaria), conforme o padrão da rede assistencial Alfa.

5.1.1.3. Os planos Unimed Beta, Unimed Delta e Unimed Ômega, independente das suas respectivas modalidades, asseguram direito à acomodação em quarto individual com banheiro privativo.

5.1.1.3.1. O plano Unimed Beta, independente da sua modalidade, utiliza o padrão da rede assistencial Beta.

5.1.1.3.2. O plano Unimed Delta, independente da sua modalidade, utiliza o padrão da rede assistencial Delta.

5.1.1.3.3. O plano Unimed Ômega, independente da sua modalidade, utiliza o padrão da rede assistencial Ômega.

5.1.2. PLANOS CONTRATUAIS COM ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA ESTADUAL

5.1.2.1. Os planos Unimed Personal Quarto Coletivo e Unimed

Personal Quarto Privativo asseguram **exclusivamente dentro do Estado do Rio de Janeiro, assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos); e **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas). Asseguram, ainda, **atendimentos em casos de urgência e emergência** dentro do território nacional.

5.1.2.2. Os planos Unimed Personal Dental Quarto Coletivo e Unimed Personal Dental Quarto Privativo asseguram **exclusivamente dentro do Estado do Rio de Janeiro, assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos), **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e **assistência odontológica**. Asseguram, ainda, **atendimentos em casos de urgência e emergência** dentro do território nacional.

5.1.2.3. Os planos Unimed Personal Quarto Coletivo e Unimed Personal Dental Quarto Coletivo asseguram direito à acomodação em quarto coletivo (enfermaria), conforme o padrão da rede assistencial Personal.

5.1.2.4. Os planos Unimed Personal Quarto Privativo, Unimed Personal Dental Quarto Privativo, asseguram direito à acomodação em quarto individual com banheiro privativo, conforme o padrão da rede assistencial Personal.

5.1.2.5. **Estão excluídos dos planos com abrangência geográfica estadual os benefícios especiais previstos na Cláusula 11º.**

5.2. TRANSFERÊNCIAS DE PLANOS

A CONTRATANTE poderá optar pela transferência de qualquer um dos BENEFICIÁRIOS TITULARES para outro plano previsto nesta contratação e indicado

na Proposta, em qualquer época após o início de vigência do contrato, desde que observadas as seguintes condições:

a) quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou tipo de acomodação para padrão superior, os beneficiários deverão cumprir prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, para novas internações, ficando garantida, no entanto, a utilização da rede assistencial e/ou o tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência correspondente;

b) quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou tipo de acomodação para padrão superior, os beneficiários deverão cumprir prazo de carência de 300 (trezentos) dias, para parto a termo, ficando garantida, no entanto, a utilização da rede assistencial e/ou o tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência correspondente;

c) quando a transferência implicar mudança da rede com abrangência estadual para as redes com abrangência nacional, os beneficiários deverão cumprir as carências estabelecidas na Cláusula 8ª para utilização dos novos prestadores, inclusive aqueles localizados no Estado do Rio de Janeiro, ficando garantida, no entanto, a utilização da rede assistencial e/ou tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência correspondente.

d) quando a transferência implicar mudança de rede e/ou tipo de acomodação para padrão inferior, o atendimento continuará sendo prestado sem interrupção, desde que a transferência seja realizada após 12 (doze) meses contados da última internação hospitalar do beneficiário a ser transferido, caso esta tenha havido, e que ele não esteja cumprindo carências. Caso não tenha havido nenhuma

internação, a transferência poderá ser realizada a qualquer tempo, desde que o beneficiário já tenha cumprido o prazo carencial;

e) a transferência do BENEFICIÁRIO TITULAR acarretará a transferência dos seus BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES eventualmente inscritos; e

f) os beneficiários transferidos serão inscritos em outro produto devidamente registrado na ANS e com número de registro próprio e distinto do produto de origem.

CLÁUSULA 6ª. DAS COBERTURAS

Observadas as disposições e as coberturas dos planos contratados, aos beneficiários fica assegurado, exclusivamente nas especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), o direito à assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia, necessária ao tratamento das doenças constantes do CID – Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), excluídas aquelas mencionadas na Cláusula 9ª, observados o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e as carências estabelecidas.

Fica assegurado ainda, quando contratado plano contendo cobertura odontológica, o direito a esta assistência, observados o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, as carências estabelecidas, as exclusões e as demais condições do plano contratado.

As coberturas assistenciais abaixo relacionadas serão prestadas de acordo com as segmentações contratadas.

6.1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A Assistência Hospitalar compreende os

atendimentos em unidade hospitalar, **não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.** Estão garantidos, exclusivamente, quando realizados no período compreendido entre a data da internação e a da alta hospitalar:

a) internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

c) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, inclusive dietética, para o beneficiário internado;

d) internações necessárias para atendimento de urgências e emergências, conforme definido nas alíneas "r" e "j", **da Cláusula 2ª;**

e) internação em quarto coletivo (enfermaria) ou em quarto individual com banheiro privativo (apartamento), **de acordo com o plano contratado;**

f) acomodação para um (1) acompanhante do beneficiário internado, **independente da idade deste, quando contratado plano com acomodação em quarto individual com banheiro privativo (apartamento);**

g) acomodação para um (1) acompanhante do beneficiário internado **menor de 18 (dezoito) anos de idade ou maior de 60 (sessenta) anos, assim como os portadores de necessidades especiais, quando contratado plano com acomodação em quarto coletivo (enfermaria);**

h) 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;

i) toda e qualquer taxa referente à assistência médica e hospitalar, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato e em território brasileiro;

j) aplicação de medula óssea autóloga, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

k) transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos. Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

I - as despesas assistenciais com doadores vivos;

II - os medicamentos utilizados durante a internação;

III - o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos ao transplante, exceto medicamentos de manutenção;

IV - as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.

l) estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação

hospitalar, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação fornecidos durante o período de internação hospitalar. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança do beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

m) cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

n) procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- hemodiálise, diálise peritoneal – CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial, aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro

do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

- radioterapia;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- embolizações;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
- procedimentos de fisioterapia;

o) próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e que estejam devidamente certificadas e registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), **observado o disposto na Cláusula 9ª;**

p) cirurgia plástica reparadora, entendida como aquela que visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita desde que o procedimento cirúrgico esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, aí incluída a 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;

q) implante de Dispositivo Intra Uterino não hormonal (DIU), incluindo o dispositivo;

r) laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que observados os seguintes requisitos:

- homens e mulheres com capacidade civil plena;
- maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- prazo mínimo de sessenta dias

entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;

- em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; e
- em caso de casais, tanto a vasectomia, quanto a laqueadura dependem do consentimento expresso de ambos os cônjuges constante de documento escrito e firmado.

6.1.1. A esterilização cirúrgica, laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, em pessoas absolutamente incapazes, somente poderão ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

6.1.2. Não será considerada a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

6.1.3. O atendimento por um ou mais especialistas está assegurado durante a internação hospitalar, **desde que sua necessidade seja justificada pelo médico assistente.**

6.1.4. A internação hospitalar será providenciada através do **Pedido de Internação** preenchido pelo **médico assistente**, justificando sua necessidade, e da **Guia de Internação** expedida à Unidade Hospitalar, **quando autorizada**

pela UNIMED-RIO ou pela cooperativa integrante do Sistema Nacional Unimed que vier a prestar o atendimento, contendo o prazo de internação.

6.1.4.1. Caso seja indicado prorrogar o prazo de internação já autorizado, deverá ser apresentada à UNIMED-RIO uma **Solicitação de Prorrogação** preenchida pelo médico assistente, justificando sua necessidade.

6.1.5. **Se, por ocasião da internação, o BENEFICIÁRIO TITULAR optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ficará sob sua exclusiva responsabilidade negociar diretamente com o médico e/ou o hospital os custos médicos e hospitalares que excederem à garantia contratada, bem como os prazos de pagamento, não cabendo à UNIMED-RIO qualquer ônus daí decorrente.**

6.1.6. **Está garantida a remoção terrestre, motivada por atendimento assegurado, desde que justificada pelo médico assistente e previamente autorizada pela UNIMED-RIO, quando for:**

a) **realizada entre estabelecimentos hospitalares pertencentes à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município do Rio de Janeiro e dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed; ou**

b) **realizada, em casos de urgência e emergência, de um estabelecimento hospitalar para outro pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município do Rio de Janeiro e dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed.**

6.1.7. 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. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT, não havendo por parte da UNIMED-RIO qualquer ingerência sobre a referida fila única.

6.1.8. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PSQUIÁTRICA

Estarão cobertos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

6.1.8.1. Os atendimentos hospitalares codificados no CID - Versão 10 para tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos e de portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química serão custeadas integralmente pela UNIMED-RIO, conforme abaixo:

a) internação em hospital psiquiátrico, ou em unidade/enfermaria psiquiátrica de hospital geral de beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, **até o limite de 30 (trinta) dias por ano, não cumulativos;**

b) além da internação em hospital psiquiátrico, ou em unidade/enfermaria psiquiátrica de hospital geral, os beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise poderão **dispor de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia;** e

c) internação em hospital geral de beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, até o limite de **15 (quinze) dias por ano, não cumulativos.**

6.1.8.2. Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID - Versão 10, estende-se a cobertura de transtornos psiquiátricos em situação de crise para **180 (cento e oitenta) dias por ano.**

6.1.8.3. Após os prazos previstos nesta cláusula, o custeio das internações decorrentes dos transtornos psiquiátricos em situação de crise, e de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, far-se-á mediante a co-participação do CONTRATANTE na razão de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, conforme definido no ato da contratação.

6.1.8.3.1. O valor da co-participação será cobrado da CONTRATANTE, na mensalidade imediatamente possível e posterior à data em que a UNIMED-RIO efetuar o pagamento ao médico-cooperado/prestador credenciado.

6.2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Os planos que prevêem assistência hospitalar com obstetrícia garantem os atendimentos hospitalares previstos na subcláusula 6.1, bem como os seguintes atendimentos médicos e hospitalares relacionados abaixo:

a) atendimentos obstétricos relacionados à gestação e partos normais, cesarianas e complicações da gestação, abortamentos, exclusivamente quando observada a legislação em vigor, bem como despesas de berçário;

b) procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério;

c) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

d) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

e) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR ou de seu dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.**

6.3. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Quando contratados os planos que prevêm a assistência ambulatorial, estão assegurados os atendimentos exclusivamente nas especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), para consultas médicas, exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, inclusive cirurgias de pequeno porte, **para os quais não haja necessidade de internação hospitalar**, solicitados pelo médico assistente.

6.3.1. Consultas

As consultas, quando necessárias, estão garantidas:

a) em número ilimitado, no município do Rio de Janeiro quando prestadas **única e exclusivamente** por médicos cooperados da UNIMED-RIO;

b) em número ilimitado, dentro das áreas de ação das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, por médicos cooperados pertencentes a estas cooperativas;

c) em número ilimitado em **clínicas básicas e especializadas**, inclusive obstétricas para pré-natal;

d) em número limitado de 6 (seis) consultas e/ou sessões por ano com nutricionista, fonocardiologista e terapeuta ocupacional, desde que solicitadas por médico assistente;

e) em número limitado de 12 (doze) sessões por ano de psicoterapia realizadas por psicólogos ou médicos devidamente habilitados, desde que solicitadas por médico assistente.

6.3.2. Exames Complementares, Procedimentos e Tratamentos

Está garantida a cobertura dos itens abaixo relacionados, que deverão ser realizados nos prestadores credenciados, mediante pedido por escrito do médico assistente e desde que seja previamente autorizado pela UNIMED-RIO e tenha sido solicitado após o cumprimento das carências fixadas na Cláusula 8ª, que porventura tenham sido aplicadas:

a) exames complementares, procedimentos e tratamentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento como pertencentes à segmentação ambulatorial, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora não necessitem de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados

em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

c) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. 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 operadora;

d) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

e) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais, ou seja, aqueles que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou de internação em unidade de terapia intensiva e unidades similares, desde que estejam descritos como pertencentes ao segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento;

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, desde que estejam descritas como pertencentes ao segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

g) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

h) quimioterapia oncológica ambulatorial;

i) radioterapia (megavoltagem, cobalterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);

j) hemoterapia ambulatorial; e

k) procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões, conforme indicação do médico assistente.

6.3.3. ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA AMBULATORIAL

Estão asseguradas as coberturas abaixo relacionadas, desde que realizadas por médico cooperado ou prestador credenciado:

a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes);

b) psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato.

6.4. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A assistência odontológica abrange **única e exclusivamente** o conjunto dos procedimentos realizáveis em consultório, compreendendo consultas, exames clínicos, exames auxiliares e complementares, procedimentos diagnósticos, radiologia (**RX Periapical, Bite-wing e Oclusal, conforme previstos no Rol**), tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente **dentro das especialidades de:** prevenção, dentística restauradora, endodontia,

periodontia, odontopediatria e cirurgia oral menor, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral, e será prestada após a realização de perícia prévia.

6.4.1. A cobertura odontológica atualmente é prestada, **única e exclusivamente, através de rede assistencial contratada no âmbito do território nacional**, pela empresa prestadora mencionada na Proposta. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, diversa daquela informada por ocasião da contratação, a qualquer momento durante a relação contratual e independente de qualquer prévio aviso.

6.4.2. A UNIMED-RIO garantirá o reembolso das despesas odontológicas efetuadas pelo beneficiário em casos de urgência e emergência, no limite das coberturas, do custo dos atendimentos de acordo com o plano contratado e das carências contratuais, exclusivamente quando não for possível a utilização da rede assistencial odontológica contratada. Para tanto, observar-se-ão os valores expressos na Tabela de Referência da Assistência Odontológica.

6.5. ATENDIMENTO PARA ACIDENTE DE TRABALHO

Atendimentos médicos, hospitalares e odontológicos para o BENEFICIÁRIO TITULAR, decorrentes dos casos de acidente de trabalho e suas conseqüências. **Nestes casos, a CONTRATANTE permanece responsável pelas formalidades legais necessárias à comunicação do acidente às repartições previdenciárias próprias, para efeito do cumprimento das normas relacionadas aos acidentes de trabalho.**

CLÁUSULA 7ª. DAS CONDIÇÕES PARA O ATENDIMENTO

Para que os beneficiários recebam

o atendimento médico, hospitalar, obstétrico e odontológico contratado, é necessário que:

- a) tenham cumprido os prazos de carência fixados;
- b) os atendimentos médicos sejam executados exclusivamente por médico cooperado, exceto nos casos previstos na subcláusula 7.3;
- c) os atendimentos odontológicos sejam executados exclusivamente pela rede assistencial contratada, exceto nos casos previstos na subcláusula 6.4.2;
- d) sejam respeitados os limites, as coberturas e todas as demais condições estipuladas para o plano por ora contratado;
- e) sejam apresentados o Cartão de Identificação com um documento de identidade oficialmente reconhecido do beneficiário ou do responsável por este; e
- f) seja apresentado o boleto de pagamento da última mensalidade quitada, observados os critérios previstos na lei em vigor.

7.1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA COBERTURA DOS PRODUTOS

7.1.1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA NACIONAL

Os beneficiários inscritos em planos com abrangência geográfica nacional receberão atendimento dentro do território nacional, sendo a assistência médica e hospitalar prestada através das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, da seguinte forma:

- a) se estiverem no município do Rio de Janeiro, serão atendidos diretamente pela

UNIMED-RIO, através de seus médicos cooperados e da sua rede credenciada de hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros; e

b) se estiverem nos demais municípios do território brasileiro, serão atendidos por uma das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, sempre em conformidade com os respectivos recursos técnicos de que disponha para fazê-lo. Nesse caso, o beneficiário deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 24 horas da UNIMED-RIO, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento.

7.1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA ESTADUAL

Os beneficiários inscritos em planos com abrangência geográfica estadual receberão atendimento, **única e exclusivamente, dentro do Estado do Rio de Janeiro**, sendo a assistência médica e hospitalar prestada através das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, da seguinte forma:

a) se estiverem no município do Rio de Janeiro, serão atendidos diretamente pela UNIMED-RIO, através de seus médicos cooperados e da sua rede credenciada de hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros; e

b) se estiverem nos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro, serão atendidos por uma das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, sempre em conformidade com os respectivos recursos técnicos de que disponha para fazê-lo. Nesse caso, o beneficiário deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 24 horas da UNIMED-RIO, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento.

7.1.2.1. Nas situações de urgência ou

emergência, os beneficiários inscritos receberão atendimento **dentro do território nacional**, sendo a assistência médica e hospitalar prestada, através de uma das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, sempre em conformidade com os respectivos recursos técnicos de que disponha para fazê-lo. Nesse caso, o beneficiário também deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 24 horas da UNIMED-RIO, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento.

7.2. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Para realização dos atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais, bem como os exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, será necessária a obtenção da autorização prévia da UNIMED-RIO.

7.2.1. As consultas não necessitarão de autorização prévia.

7.3. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES

7.3.1. A UNIMED-RIO assegurará o reembolso das despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo beneficiário **em casos de urgência e emergência, exclusivamente quando não for possível a utilização da assistência própria ou contratada pelo Sistema Nacional Unimed, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo plano contratado, o valor da Unidade de Serviço (US) vigente na data do evento, as carências contratuais, e o custo dos atendimentos.**

7.3.1.1. O reembolso mencionado na subcláusula 7.3.1 será feito com a apresentação dos documentos previstos na subcláusula 7.3.2 e tomando como base os valores constantes da Tabela de Referência da Assistência Médica e

Hospitalar da UNIMED-RIO vigente na data do evento, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias** após a apresentação dos documentos originais.

7.3.2. Para fins de realização do reembolso exigir-se-á a apresentação dos seguintes documentos originais:

a) relatório do médico assistente constando: nome do paciente, justificativa para o atendimento de urgência ou emergência, tratamento efetuado, data do atendimento e tempo de permanência no hospital e datas de internação e alta hospitalar, quando for o caso;

b) conta hospitalar, discriminando materiais e medicamentos utilizados e preço por unidade, juntamente com notas fiscais devidamente quitadas, ou recibos do estabelecimento hospitalar;

c) recibo de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros profissionais, discriminando funções e o evento a que se referem; e

d) comprovantes relativos aos exames e serviços complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido do médico assistente.

7.3.3. **O reembolso deverá ser solicitado no prazo máximo de 12 (doze) meses da data do evento, sob pena de perda do direito ao reembolso.**

7.4. REEMBOLSO DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS

7.4.1. A UNIMED-RIO assegurará o reembolso das despesas odontológicas efetuadas pelo beneficiário **em casos de urgência e emergência, exclusivamente quando não for possível a utilização da assistência própria ou contratada mencionada na Proposta, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo plano contratado, o valor da Unidade de**

Serviço (US) vigente na data do evento, as carências contratuais, e o custo dos atendimentos.

7.4.1.1. O reembolso mencionado na subcláusula 7.4.1 será feito com a apresentação dos documentos previstos na subcláusula 7.4.2 e tomando como base os valores constantes da Tabela de Referência da Assistência Odontológica da UNIMED-RIO vigente na data do evento, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias** após a apresentação dos documentos originais.

7.4.2. Para fins de realização do reembolso exigir-se-á a apresentação dos seguintes documentos originais:

a) relatório do cirurgião dentista assistente constando: nome do paciente, justificativa para o atendimento de urgência ou emergência, tratamento efetuado, data do atendimento;

b) recibo de honorários do cirurgião dentista assistente, discriminando funções, o procedimento odontológico realizado e o nome do paciente; e

c) comprovantes relativos aos exames e serviços complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido cirurgião dentista assistente contendo o nome do paciente.

7.4.3. **O reembolso deverá ser solicitado no prazo máximo de 12 (doze) meses da data do evento, sob pena de perda do direito ao reembolso.**

7.5. ATENDIMENTOS REALIZADOS EM DESACORDO COM O PLANO CONTRATADO

A UNIMED-RIO não se responsabilizará em hipótese alguma pelos atendimentos realizados durante os períodos de carência ou, ainda, que estejam em desacordo com o disposto no plano

contratado, bem como por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos cooperados ou não, hospitais ou entidades credenciadas ou não, correndo essas despesas por conta exclusiva da CONTRATANTE.

7.6. ATUALIZAÇÃO/ALTERAÇÃO DO GUIA MÉDICO E/OU ODONTOLÓGICO

7.6.1. À UNIMED-RIO é facultada a substituição dos prestadores hospitalares vinculados a este contrato, desde que por outro equivalente e mediante prévia comunicação à CONTRATANTE e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

7.6.2. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da UNIMED-RIO, durante o período de internação dos beneficiários, o estabelecimento obriga-se a manter a internação, e a UNIMED-RIO, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico, na forma do contrato.

7.6.3. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a UNIMED-RIO arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para a CONTRATANTE.

7.6.4. O redimensionamento da rede hospitalar por redução somente será realizado após solicitação de autorização expressa à ANS.

7.7. PERDA OU EXTRAVIO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Ocorrendo perda ou extravio do Cartão de Identificação, a CONTRATANTE deverá,

através do envio de formulário próprio e Termo de Responsabilidade firmado, comunicar o fato à UNIMED-RIO, que providenciará o seu cancelamento e emissão da segunda via observadas, nesta segunda hipótese, as normas da UNIMED-RIO que estiverem em vigor na época da requisição.

7.8. INSPEÇÃO E PERÍCIA

À UNIMED-RIO fica reservado o direito de realizar exames médicos ou odontológicos de inspeção e perícia nos beneficiários, antes e após o atendimento médico ou odontológico, com vistas a garantir o correto e estrito uso das coberturas contratadas.

7.9. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA & ODONTOLÓGICA

7.9.1. Caso haja divergência médica ou odontológica sobre as coberturas previstas no contrato para exames, procedimentos, tratamentos e internações, o impasse será resolvido através de Junta Médica ou Odontológica, composta por 03 (três) profissionais médicos ou odontólogos, conforme o caso, sendo um profissional escolhida pela UNIMED-RIO, outro pela CONTRATANTE e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos demais nomeados.

7.9.1.1. Os médicos ou odontólogos escolhidos pela UNIMED-RIO e pela CONTRATANTE serão de responsabilidade financeira de cada um, sendo que o profissional desempatador será remunerado pela UNIMED-RIO.

7.9.1.2. Não havendo acordo entre as partes sobre a escolha do médico desempatador, a decisão de escolha será solicitada para uma das Sociedades Médicas situadas no município do Rio de Janeiro.

7.9.1.3. Na hipótese de a junta

médica não ser formada por inércia da CONTRATANTE na realização da sua indicação quanto ao profissional escolhido, a UNIMED-RIO poderá suspender a autorização do atendimento para o procedimento médico-hospitalar ou odontológico, conforme o caso, até que seja feita essa nomeação e a solução do impasse pela junta médica.

CLÁUSULA 8ª. DAS CARÊNCIAS

A assistência prevista neste instrumento será prestada aos beneficiários regularmente inscritos, observadas as condições deste instrumento e as coberturas do produto contratado, imediatamente após o cumprimento das carências específicas contadas a partir da inclusão do beneficiário no contrato, a saber:

- a) **24 (vinte e quatro) horas** para atendimentos de urgência e emergência;
- b) **30 (trinta) dias** para consultas médicas; exames de análises clínicas e histocitopatológicas, **exceto os constantes das alíneas subseqüentes**; exames radiológicos **simples sem contraste**; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos, **exceto videolaringoestroboscopia computadorizada**; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inaloterapia; e provas funcionais respiratórias;
- c) **90 (noventa) dias** para procedimentos cirúrgicos de porte anestésico 0 (zero) realizados em consultório; densitometria óssea; monitorização ambulatorial de pressão arterial; endoscopias diagnósticas realizadas em consultório; exames e testes alergológicos; exames radiológicos com contraste, **exceção feita aos constantes das alíneas subseqüentes**; fisioterapia; eletrocardiografia dinâmica (Holter); teste ergométrico; ultrassonografia, **à exceção das constantes das alíneas subseqüentes**; perfil biofísico fetal e tococardiografia;
- d) **180 (cento e oitenta) dias** para ultrassonografia morfológica; dopplerfluxometria; e videolaringoestroboscopia computadorizada;
- e) **180 (cento e oitenta) dias** para ecocardiografia/ecodoppler; e ultrassonografia com Doppler;
- f) **180 (cento e oitenta) dias** para exames de análises clínicas pelo método de pesquisa P.C.R. e histocitopatológicos por histoquímica; hibridização molecular; e pesquisa de anticorpos Anti-HTLV III (HIV) – Western Blot;
- g) **180 (cento e oitenta) dias** para eletroencefalograma prolongado; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletromiografia; e eletroneuromiografia;
- h) **180 (cento e oitenta) dias** para medicina nuclear; cintilografia; mielografia; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; acupuntura; Tilt Teste; e litotripsia;
- i) **180 (cento e oitenta) dias** para exames diagnósticos e/ou cirurgias por vídeo; endoscopias que não possam ser realizadas em consultório; laparoscopia diagnóstica e terapêutica; terapia renal substitutiva; internações clínicas ou cirúrgicas; transplante de rim e córneas; aplicação de medula óssea autóloga; genética molecular; citogenética; fornecimento de próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico; internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos e quadros de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química; psicoterapia de crise; consultas e sessões

com: nutricionista, fonoaudiólogo e terapia ocupacional; cirurgia refrativa (correção de miopia e hipermetropia, com ou sem astigmatismo); quimioterapia; radioterapia; transfusão de sangue e hemoderivados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; procedimentos de hemodinâmica; neurorradiologia; radiologia intervencionista; assistência odontológica; e todos os demais atendimentos médicos não elencados nesta cláusula; e

) **300 (trezentos) dias** para parto a termo.

8.1. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DURANTE O CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS

Os casos de urgência e emergência, conforme definidos nas alíneas "t" e "i", da Cláusula 2ª, respectivamente, ocorridos antes ou durante o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, contados do início de vigência do contrato, não terão direito às coberturas assistenciais em hipótese alguma. Cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os casos de urgência e emergência terão atendimento assistencial conforme as regras previstas nesta cláusula a seguir explicitadas, observando-se os prazos carenciais específicos para cada um dos procedimentos listados na Cláusula 8ª.

8.1.1. Os procedimentos relacionados aos casos de emergência e de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional, verificados durante os prazos carenciais previstos nas alíneas "b" a "i", da cláusula 8ª, terão atendimento exclusivamente em regime ambulatorial e pelo período máximo de 12 (doze) horas contados do seu início.

8.1.1.1. Ao término do prazo das 12

(doze) horas em regime ambulatorial e/ou havendo necessidade de internação hospitalar caracterizada pelo médico assistente, mesmo que dentro dessas doze primeiras horas, cessará por completo para a UNIMED-RIO a responsabilidade pelas despesas médicas e hospitalares a partir daí decorrentes. A UNIMED-RIO garantirá a remoção do paciente, através de ambulância devidamente equipada, para uma unidade do SUS que disponha de recursos para continuidade do atendimento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nesta Unidade SUS.

8.1.1.1.1. Na hipótese de impossibilidade de remoção por risco de vida, serão de inteira responsabilidade da CONTRATANTE as despesas referentes a procedimentos de assistência médica e hospitalar que eventualmente venham a ocorrer após o atendimento ambulatorial, tais como atos cirúrgicos e internações, mesmo que realizados dentro do período das 12 (doze) horas, referido nesta subcláusula.

8.1.2. Exclusivamente para as urgências decorrentes de acidente pessoal ocorrido após o cumprimento da carência de 24 (vinte e quatro) horas, o atendimento dar-se-á sem limitação de tempo.

CLÁUSULA 9ª. DAS COBERTURAS EXCLUÍDAS

Não estão asseguradas neste contrato as seguintes coberturas, observadas as ressalvas a que se referirem:

- a) atendimentos domiciliares e enfermagem particular, independente das condições do beneficiário;
- b) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- c) atendimentos em casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções

internas, quando declarados por autoridade competente;

d) atendimentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da relação contratual individual ou do cumprimento das carências previstas na Cláusula 8ª;

e) atendimentos médicos e hospitalares prestados por médicos não cooperados ou outros profissionais de saúde não credenciados da UNIMED-RIO ou do Sistema Nacional Unimed ou, ainda, de entidades não contratadas por estes, salvo o disposto na subcláusula 7.3;

f) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

g) fornecimento de medicamentos, próteses, órteses e seus acessórios, e produtos para a saúde importados não nacionalizados: medicamentos, próteses, órteses e seus acessórios, e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

h) fornecimento de vacinas;

i) cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não-reconhecidos pelas autoridades competentes;

j) despesas com acompanhante, com exceção de pacientes menores de 18 anos de idade, maiores de 60 (sessenta) anos, assim como os portadores de necessidades especiais;

k) despesas extraordinárias do beneficiário, estas entendidas como telefonia, tv e Internet, artigos de toilet, frigobar, perfumaria, embelezamento, restaurante, lanchonete, estacionamento e atividades para fins estéticos;

l) inseminação artificial;

m) necropsias;

n) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, assim entendido como 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;

o) remoção, ressalvado o previsto nas subcláusulas 6.1.6 e 8.1.1.1;

p) tratamento esclerosante de varizes, oxigenoterapia hiperbárica, assim como qualquer outro tratamento, exame ou procedimento não constante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

q) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

r) tratamentos em estâncias hidrominerais, clínicas de emagrecimento, spas, emagrecimento com finalidade estética, rejuvenescimento, clínicas de repouso (inclusive para acolhimento de idosos) ou, ainda, internações e tratamentos em ambiente hospitalar e que não sejam decorrentes de indicação médica;

s) procedimentos, exames, atendimentos ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência contratada;

t) procedimentos de vasectomia e laqueadura tubária nos seguintes casos:

- esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores; e
- esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;

u) honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista nos casos de internação por imperativo clínico na hipótese de contratação de planos hospitalares;

v) na hipótese de contratação de planos de assistência odontológica:

- os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar;
- os exames complementares solicitados para internações hospitalares de natureza buco-maxilo-facial ou para procedimentos odontológicos, que por imperativo clínico demandem internação hospitalar;
- todos os procedimentos das especialidades de ortodontia, implantodontia e de prótese dental, nesta última incluídos pinos, blocos, pontes, coroas, dentaduras; e
- atendimentos odontológicos prestados por cirurgião dentista não pertencente à entidade contratada mencionada na Proposta, salvo o disposto na subcláusula 6.4.2;

w) na hipótese de contratação de planos de assistência ambulatorial:

- procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação;
- embolizações; e
- radiologia intervencionista;

x) atendimentos de casos de acidentes do trabalho e suas conseqüências para os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, bem como doenças ocupacionais. A **CONTRATANTE** permanece responsável pelas formalidades legais necessárias à comunicação do acidente e da doença às repartições previdenciárias próprias,

para efeito do cumprimento das normas relacionadas aos acidentes do trabalho e doenças ocupacionais para os **BENEFICIÁRIOS TITULARES**;

y) atendimentos ocorridos fora do Estado do Rio Janeiro que não sejam em caráter de urgência e emergência, para os beneficiários inscritos em planos com abrangência geográfica estadual; e

z) exames clínicos e complementares, de caráter ocupacional, admissional, demissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e outros decorrentes do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, objeto da Norma Regulamentadora nº 07, da Secretaria de Segurança e Medicina no Trabalho, do Ministério do Trabalho, inclusive o desenvolvimento do PCMSO.

CLÁUSULA 10ª. DOS PREÇOS, REAJUSTES E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **UNIMED-RIO**, por seus beneficiários inscritos, os valores constantes da Proposta, relativos à inscrição dos beneficiários e ao preço mensal por beneficiário, de acordo com o produto e coberturas opcionais contratadas.

10.1. CÁLCULO DO PREÇO MENSAL POR BENEFICIÁRIO

Os preços mensais são fixados com base em cálculo atuarial, que leva em consideração: os custos da assistência assegurada conforme o plano escolhido; os benefícios colocados à disposição dos beneficiários; bem como a frequência de utilização dos mesmos, sendo estabelecidos de acordo com o perfil etário que está apresentado na Proposta, que é parte integrante do presente contrato, para todos os fins de direito.

10.1.1. Na hipótese da não inscrição do número de beneficiários e/ou de pessoas com o perfil etário apresentado na Proposta após o prazo previsto na cláusula 4ª, admitindo-se uma variação de até 10% (dez por cento), proceder-se-á a imediata revisão dos preços, adequando-os atuarialmente ao grupo de beneficiários efetivamente inscritos, praticando-se os novos preços mediante prévia apresentação dos mesmos à CONTRATANTE e aos Beneficiários Titulares. O novo valor da mensalidade será cobrado no mês seguinte à adequação prevista nesta cláusula.

10.1.2. Para efeito do disposto na subcláusula anterior, as faixas etárias são as seguintes:

- a) 00 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
- b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
- d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade; e
- j) 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais.

10.1.2.1. O deslocamento para faixa etária superior de qualquer um dos beneficiários implicará reajuste dos respectivos preços mensais, a ser aplicado automaticamente a partir do mês seguinte ao do aniversário, de acordo com os percentuais de reajuste estabelecidos abaixo:

Faixa Etária (anos)	Reajuste (%)
00 a 18	-
19 a 23	27,05
24 a 28	24,98
29 a 33	5,22
34 a 38	6,08
39 a 43	14,36
44 a 48	21,03
49 a 53	15,00
54 a 58	39,30
59 ou mais	52,63

10.1.2.1.1. Os percentuais para reajuste da mensalidade por mudança de faixa etária não incidirão sobre a cobertura odontológica e sobre as coberturas opcionais que tenham sido contratadas.

10.2. REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro tomará como base a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços de Mercado), divulgada pela Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo, visando a manter o equilíbrio financeiro do contrato em relação ao aumento dos custos médicos e hospitalares, incluídos novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento. Observar-se-á, ainda, a eventual criação de novos tributos e contribuições, ou quaisquer acréscimos ou decréscimos nos tributos ou contribuições já existentes e que poderão alterar o valor dos preços proporcionalmente à sua efetiva incidência no período contratual, sem prejuízo do disposto na subcláusula 10.2.1.

10.2.1. Além do reajuste aplicado na forma da subcláusula 10.2, os preços das mensalidades serão ainda reajustados, observando-se a aplicação da fórmula abaixo sempre que o resultado da mesma for superior a zero, onde:

$$\text{Reajuste} = \left[\left(\frac{\text{custo por exposto}_{\text{período}_1}}{\text{custo por exposto}_{\text{período}_{1+1}}} \right) - 1 \right] \times 100\% - (\text{IGP-M})$$

a) Custo por Exposto = (total da despesa)

/(nº total de expostos);

b) Total de Despesa: é o gasto total da operadora nos itens de despesas assistenciais e não assistencial expresso em reais;

c) Despesas Assistenciais: são aquelas decorrentes exclusivamente da prestação direta da assistência médica e hospitalar ao beneficiário;

d) Despesa Não Assistencial: valor total com despesas administrativas e outras não relacionadas à prestação da assistência médica e hospitalar direta ao beneficiário;

e) N° Total de Expostos: é a média ponderada entre o n° de expostos de cada item de despesa assistencial e o total de despesa referente a cada item;

f) N° de Expostos: exposto é definido como o beneficiário que tem o direito de usufruir a assistência à saúde no item de despesa assistencial em questão, durante o período de apuração das informações. O somatório dos beneficiários resulta no n° de expostos;

g) Item de Despesa Assistencial: os itens de despesa serão aqueles definidos pela UNIMED-RIO e abrangerão o total das despesas assistenciais;

h) Período: é o período de análise considerado pela UNIMED-RIO para apuração dos dados, onde "i" denota o período mais recente e "i-1" denota o período, de igual duração, imediatamente anterior ao período "i". O período de análise será anual ou na menor periodicidade que a lei permitir.

10.2.2. O reajuste financeiro será aplicado anualmente, ou na menor periodicidade possível permitida por lei.

10.2.3. Os valores das mensalidades relativas às inclusões dos BENEFICIÁRIOS

TITULARES e respectivos DEPENDENTES, independente da data de ingresso no plano, serão reajustados quando do aniversário do contrato, unificando-se as respectivas datas bases.

10.2.4. O valor pago a título de inscrição dos beneficiários será reajustado financeiramente pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar.

10.2.5. A cobertura odontológica e as coberturas opcionais contratadas serão reajustadas financeiramente pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar, **salvo quando apresentarem em suas condições índices de variação específicos.**

10.3. REAJUSTE TÉCNICO DA SINISTRALIDADE

Objetivando a manutenção do equilíbrio técnico-atuarial do contrato, semestralmente, os preços poderão ser reajustados com base na sinistralidade acumulada do próprio contrato (ISper), no período de análise.

10.3.1. Para efeito do disposto na subcláusula anterior, entende-se por sinistralidade acumulada do próprio contrato (ISper) o resultado da divisão entre o somatório dos custos dos eventos (atendimentos) ocorridos (S) e o somatório das respectivas mensalidades emitidas (R), no período em análise.

10.3.1.1. Entende-se por mensalidade emitida (R) o valor da contraprestação pecuniária destinada, exclusivamente, a garantir a prestação da assistência médica, hospitalar e obstétrica, excluindo-se os valores relativos à taxa de implantação, à contratação de opcionais e aos encargos financeiros.

10.3.1.2. Entende-se por custos dos

eventos ocorridos (S), os valores relativos aos atendimentos ocorridos e avisados à UNIMED-RIO, somados à provisão do EONA.

10.3.1.2.1. Entende-se por EONA a provisão técnica dos Eventos Ocorridos e Não-Avisados, estimada atuarialmente para o pagamento dos eventos que já tenham ocorrido, mas que ainda não sejam de conhecimento da UNIMED-RIO.

10.3.1.3. O cálculo da sinistralidade acumulada do próprio contrato (ISper) dar-se-á aplicando a seguinte fórmula:

$$ISper = S/R \times 100$$

10.3.2. Será considerado, para análise, o período dos últimos 12 (doze) meses anteriores ao mês da apuração.

10.3.3. O reajuste técnico-atuarial será calculado de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Preço Reajustado (PR)} = \text{Preço Atual (PA)} \times \text{Fator de Reajuste (FR)}$$

Sendo:

$$FR = (ISper/ISmax)$$

10.3.3.1. O ISmax encontra-se definido na Proposta.

10.3.3.2. O reajuste previsto na subcláusula anterior só será aplicado **quando FR for maior que 1**.

10.3.4. Os reajustes aplicados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua efetivação.

10.4. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

A CONTRATANTE deverá quitar até a data do vencimento, constante da Proposta, e nos locais indicados, os

avisos de pagamento enviados com as respectivas faturas mensalmente, compreendendo a cobrança, sob a forma de pré-pagamento, das mensalidades de todos os beneficiários inscritos no mês a que se referir, assim como os valores relativos às coberturas opcionais e à co-participação, quando devidos.

10.4.1. **Caso a CONTRATANTE não receba o aviso de pagamento até 05 (cinco) dias antes do vencimento, deverá providenciar junto à UNIMED-RIO a emissão da 2ª via, promovendo, no prazo, o pagamento do valor referente ao mês em questão, sob pena de sujeitar-se à multa e encargos moratórios.**

10.4.2. Será adotada a modalidade de cobrança bancária ou outra indicada pela UNIMED-RIO e escolhida pela CONTRATANTE.

10.4.3. Na eventual falta de comunicação em tempo oportuno, da inclusão, alteração ou exclusão de beneficiários, a cobrança basear-se-á nos dados disponíveis, realizando-se os acertos necessários no período subsequente.

10.4.4. As dúvidas ou erros que venham a ser constatados no valor da cobrança, desde que não ultrapassem a 5% (cinco por cento) do seu valor, a maior ou a menor, não constituirão impedimento para o pagamento na data do vencimento da mensalidade. A correção, verificada a sua procedência, será realizada na cobrança imediatamente a seguir.

10.5. ATRASO NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES

As mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais e à co-participação, estas quando existirem, que não forem quitados até o vencimento serão atualizados de acordo com a variação do CDI-CETIP (Certificados de Depósitos Interfinanceiros - CETIP), publicado nos

jornais de grande circulação, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, incidindo no período entre o dia seguinte ao do vencimento e ao do efetivo pagamento, ficando a CONTRATANTE igualmente sujeita ao pagamento de multa de 2% (dois por cento) sobre o débito e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

10.6. SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO E NÃO ASSUNÇÃO DAS DESPESAS

Se as mensalidades permanecerem sem pagamento por prazo igual ou superior a 05 (cinco) dias, a UNIMED-RIO poderá adotar, a seu critério, a não assunção das despesas com todo e qualquer atendimento que esteja sendo obtido ou que venha ser obtido pelos usuários beneficiários dessa contratação, até a liquidação do débito, comprometendo-se, nessa hipótese, a CONTRATANTE a informar essa não assunção a todos os seus usuários inscritos.

CLÁUSULA 11ª. DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS

Exclusivamente aos beneficiários inscritos em produtos com abrangência geográfica nacional serão automaticamente concedidos os seguintes benefícios especiais, sem qualquer custo adicional, desde que preenchidos os seus respectivos requisitos:

11.1. SEGURO POR MORTE NATURAL OU MORTE ACIDENTAL

Ao BENEFICIÁRIO TITULAR será assegurada cobertura para morte natural ou acidental, obedecendo aos critérios governamentais para a sua concessão e às seguintes condições:

a) **estar regularmente inscrito como BENEFICIÁRIO TITULAR junto à UNIMED-RIO em produto com abrangência geográfica nacional e**

estar a CONTRATANTE em dia com o pagamento das mensalidades do plano de assistência médica e hospitalar na data do óbito;

b) **ter cumprido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias de permanência no contrato, contados da data do início da relação contratual individual, para a morte natural e 24 (vinte e quatro) horas, para a morte acidental; e**

c) **ter a idade máxima de 65 (sessenta e cinco) anos por ocasião da data do início da sua relação contratual individual como BENEFICIÁRIO TITULAR.**

11.1.1. Para efeito deste contrato, na ausência de indicação expressa dos favorecidos, adotar-se-ão as seguintes indicações:

Estado Civil do Beneficiário Titular	Favorecidos
1. Casado (a).	O cônjuge e, na falta deste, os filhos, em partes iguais.
2. Viúvo (a), divorciado (a), separado (a) judicialmente, solteiro (a), com filhos e com companheira (a) registrada (a) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis.	50% (cinquenta por cento) a(o) companheira (a) e 50% (cinquenta por cento) aos filhos.
3. Viúvo (a), divorciado (a), separado (a) judicialmente, solteiro (a), sem filhos e com companheira (a) registrada (a) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis.	A(o) companheira(o).

4. Viúvo (a), divorciado (a), separado(a) judicialmente, solteiro(a), **sem companheira(o) e com filhos.**

Os filhos em partes iguais com reversão entre si.

5. Viúvo (a), divorciado (a), separado (a) judicialmente, solteiro(a), **sem companheira(o) e sem filhos.**

Os pais, na falta destes, os irmãos, em partes iguais e, na falta destes, segundo a ordem de sucessão, conforme a legislação pertinente.

11.1.1.1. O BENEFICIÁRIO TITULAR poderá, a qualquer tempo, solicitar, por escrito, a alteração dos seus Favorecidos.

11.1.2. Para fazer jus ao benefício, os Favorecidos do TITULAR falecido, por intermédio da CONTRATANTE, deverão apresentar à UNIMED-RIO os seguintes documentos em cópias autenticadas:

- a) certidão de óbito;
- b) carteira de identidade e CPF do BENEFICIÁRIO TITULAR;
- c) boletim de ocorrência policial, laudo cadavérico, laudo de dosagem toxicológica (se for o caso), inquérito policial (se for o caso), **no caso de morte acidental;**
- d) certidão de casamento atualizada (emitida após o óbito) e carteira de identidade do favorecido, **quando este for o cônjuge;**
- e) carteira de identidade ou certidão de nascimento dos Favorecidos, **quando estes forem filhos ou pais;**

f) documento que comprove a condição de companheirismo do Favorecido, **no caso de companheiro (a);** e

g) alvará judicial e, **quando for o caso,** termo de tutela ou de curatela dos Favorecidos, **no caso de incapazes ou relativamente capazes.**

11.1.2.1. Fica reservado à UNIMED-RIO o direito de exigir quaisquer outros documentos que, porventura, se façam necessários à liquidação do sinistro.

11.1.3. Está excluída da cobertura de morte natural/acidental morte decorrente de:

- a) **acidentes ocorridos antes da data do início da relação contratual individual do beneficiário TITULAR;**
- b) **agravação intencional do risco por parte do Segurado;**
- c) **ato reconhecidamente perigoso não motivado por necessidade justificada e a prática de atos ilícitos ou contrários à lei, pelo beneficiário;**
- d) **atos ou operações de guerra ou outras perturbações da ordem pública;**
- e) **choque anafilático e suas conseqüências;**
- f) **competições e treinos preparatórios com veículos;**
- g) **convulsões da natureza;**
- h) **danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo;**
- i) **doenças ou lesões preexistentes à época do início da relação contratual individual;**
- j) **intercorrências ou complicações**

conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

k) parto, aborto e suas conseqüências;

l) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, e as decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

m) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

n) quaisquer alterações mentais, decorrentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;

o) quaisquer doenças, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidentes, exceto infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;

p) suicídio ou tentativa de suicídio voluntário e premeditado; e

q) uso de material nuclear.

11.1.4. O atraso nos pagamentos objeto deste contrato implicará a suspensão da cobertura do seguro previsto nesta cláusula até que os mesmos sejam regularizados.

11.1.5. Os valores do seguro por morte natural e por morte acidental constam da Proposta.

11.1.6. O seguro previsto nesta cláusula será garantido por empresa idônea e regularmente habilitada para tanto. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, a qualquer momento durante a

relação contratual, independentemente de qualquer aviso prévio.

11.2. BENEFÍCIO FAMÍLIA

É o Benefício que garante aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, relacionados na subcláusula 11.2.2 adiante, permanecerem com direito, **única e exclusivamente**, à assistência médica e hospitalar após a morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, sem pagar as mensalidades, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, contados da data do óbito, **observadas as condições estabelecidas neste contrato, em especial nesta cláusula e nas a seguir.**

11.2.1. O BENEFÍCIO FAMÍLIA será concedido, desde que observadas as seguintes condições:

a) o BENEFICIÁRIO TITULAR deve estar inscrito em produto com abrangência geográfica nacional há mais de 06 (seis) meses;

b) o pagamento das mensalidades referentes a este contrato deve estar em dia na data do óbito;

c) a assistência médica e hospitalar a que os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES terão direito através do BENEFÍCIO FAMÍLIA será igual àquela que possuíam, quando do falecimento do TITULAR.

d) a cobertura odontológica, e as coberturas opcionais estão excluídas do BENEFÍCIO FAMÍLIA, independente de contratados no plano anterior à concessão deste benefício;

e) a cobertura odontológica, e as coberturas opcionais não poderão ser incluídas após a concessão do BENEFÍCIO FAMÍLIA, mesmo que os beneficiários se disponham a efetuar o pagamento dos mesmos; e

f) os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

devem apresentar a certidão de óbito do BENEFICIÁRIO TITULAR, além dos documentos necessários para a comprovação da dependência.

11.2.2. Para concessão do BENEFÍCIO FAMÍLIA, serão considerados Favorecidos, **exclusivamente**: cônjuge; companheiro, vedada a eventual concorrência deste com o cônjuge, salvo se por determinação judicial; filhos solteiros de até 24 (vinte e quatro) anos de idade; filhos do companheiro, enteados, tutelados e menores sob guarda por força de decisão judicial, todos equiparados aos filhos solteiros; e filhos inválidos de qualquer idade.

11.2.2.1. **Perderá imediatamente o direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA o beneficiário que, no curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder a condição de Favorecido definida na subcláusula 11.2.2.**

11.2.3. Os DEPENDENTES inscritos **após a inclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR** farão jus ao benefício se, na época do falecimento do BENEFICIÁRIO TITULAR, tiverem pelo menos 12 (doze) meses de relação contratual individual.

11.2.4. O filho nascido ou adotado, após o início da relação contratual individual do BENEFICIÁRIO TITULAR, deverá ter sido incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, respectivamente, para fazer jus ao benefício, **sob pena de aplicar-se igual regra prevista na subcláusula 11.2.3.**

11.2.5. O direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA também é conferido ao nascituro, considerado filho do BENEFICIÁRIO TITULAR falecido que deverá ter sido inscrito durante o prazo de 30 (trinta) dias após o seu nascimento, **sob pena de ser aplicada a regra disposta na subcláusula 11.2.3.**

11.2.6. Os Cartões de Identificação dos

BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES serão substituídos pelos Cartões de Identificação do BENEFÍCIO FAMÍLIA.

11.2.7. O direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA prevalecerá no local onde os DEPENDENTES residirem ou vierem a fixar residência, desde que situado na área de ação de uma das cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Nacional Unimed.

11.2.8. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES que não apresentarem os documentos exigidos ficarão impedidos de gozar as vantagens estabelecidas pelo BENEFÍCIO FAMÍLIA, mesmo que, contratualmente, tenham direito a ele.

11.2.9. Cumprido o tempo de permanência no BENEFÍCIO FAMÍLIA, seja por término do prazo concedido seja pela perda da condição de Favorecido, o beneficiário poderá transferir-se para um dos planos de assistência médica e hospitalar da UNIMED-RIO, mediante pagamento da mensalidade própria. A transferência **sem o cumprimento de carência** dar-se-á desde que o produto escolhido seja equivalente àquele objeto do BENEFÍCIO FAMÍLIA e desde que o novo contrato seja firmado no prazo de 30 (trinta) dias imediatos à perda da condição de DEPENDENTE ou da conclusão do prazo do benefício.

CLÁUSULA 12ª. DA VIGÊNCIA E RESCISÃO DO CONTRATO

12.1. O contrato terá vigência mínima de 12 (doze) meses, contados a partir da data do início de vigência fixado na Proposta, renovando-se automaticamente, por prazo indeterminado ao fim deste período, podendo ser, a partir daí, denunciado por quaisquer das partes, mediante comunicação, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência.

12.1.1. A CONTRATANTE poderá, no

entanto, **denunciar o contrato antes do término do prazo mínimo** previsto na subcláusula anterior, mediante comunicação escrita com antecedência de 30 (trinta) dias, sujeitando-se, contudo, **ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do referido prazo.**

12.1.2. Não haverá cobrança de qualquer taxa por parte da UNIMED-RIO relacionada à renovação automática do contrato e nem qualquer recontagem dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular e seus dependentes.

12.2. Será considerado rescindido o contrato, com a exclusão de todos os beneficiários inscritos, independente de aviso ou notificação, se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, sem prejuízo da quitação dos valores em atraso ou a critério da UNIMED-RIO, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, porventura realizadas no período de inadimplência.

12.2.1. Na hipótese de a rescisão operar-se com base na disposição contida na subcláusula 12.2 e estando a contratação em vigor por prazo determinado, a CONTRATANTE sujeitar-se-á igualmente à multa estabelecida na subcláusula 12.1.1.

12.3. **Rescinde-se também o contrato**, por extinção, independente do prazo de vigência e de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

a) **qualquer ato ilícito civil ou penal** praticado pelos beneficiários, em prejuízo da UNIMED-RIO;

b) **utilização indevida do cartão de identificação** fornecido pela UNIMED-RIO conforme previsto na subcláusula 4.2.2.1;

c) **omissão ou distorção de informações** que caracterize fraude em prejuízo da UNIMED-RIO; e

d) **recusa da CONTRATANTE em pagar os preços adequados atuarialmente e suas diferenças**, ao teor do disposto na subcláusula 10.1.1.

12.4. Rescindir-se-á o contrato, ainda, **independente de aviso ou notificação**, se no decorrer da relação contratual houver **menos de 200 (duzentos) beneficiários inscritos**. Neste caso, os beneficiários poderão assinar novo contrato individual ou familiar, no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data da rescisão, aproveitando-se as carências já cumpridas, **desde que o novo produto seja equivalente ao que possuíam**.

12.5. O contrato poderá ser rescindido, ainda, a qualquer momento se as partes não cumprirem fielmente suas cláusulas e condições, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

12.6. A responsabilidade da UNIMED-RIO sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias da comunicação prévia (denúncia imotivada), correndo as despesas, a partir de então, por conta da CONTRATANTE.

12.6.1. Durante o prazo da comunicação (denúncia imotivada), não se admitem inclusões e exclusões de beneficiários, e transferências de planos.

CLÁUSULA 13ª. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. **A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da UNIMED-RIO, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos beneficiários inscritos, durante o período de não assunção de despesas**

com os atendimentos resultantes da sua inadimplência ou após a rescisão do contrato, independente da data de início do tratamento.

13.2. A CONTRATANTE se responsabiliza pela veracidade dos dados informados à UNIMED-RIO, bem como pela comunicação de suas eventuais alterações à operadora.

13.3. A tolerância pela falta de cumprimento de qualquer uma das condições estabelecidas neste contrato não implicará em perdão, novação, renúncia ou alteração do que foi pactuado neste instrumento.

13.4. A CONTRATANTE autoriza a UNIMED-RIO a prestar toda e qualquer informação cadastral relativa aos beneficiários inscritos no contrato que venha a ser exigida por lei e pelos órgãos governamentais fiscalizadores.

13.5. A CONTRATANTE obriga-se a dar conhecimento das cláusulas e condições, objeto deste instrumento, aos beneficiários inscritos, aplicando o princípio da informação contido no Código de Defesa do Consumidor, sob pena de responsabilizar-se pelo ônus eventualmente decorrente da desinformação.

13.6. Os casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes contratantes e poderão ser objeto de aditivo ao contrato, quando couber.

13.7. Fica eleito o foro da sede da CONTRATANTE para resolver qualquer demanda oriunda do contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

13.8. Integram este instrumento, para todos os fins de direito: a Proposta, as condições particulares das coberturas opcionais contratadas, os documentos

ou meios próprios de inclusão e exclusão de beneficiários, e outros aditivos que tenham sido ou venham a ser firmados pelas partes contratantes.

As cláusulas e condições deste instrumento encontram-se registradas no Cartório do 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 770443.

A Tabela de Referência da Assistência Médica, Hospitalar e Obstétrica encontra-se registrada no Cartório do 6º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 1104235.

A Tabela de Referência da Assistência Odontológica encontra-se registrada no Cartório do 3º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 892135.

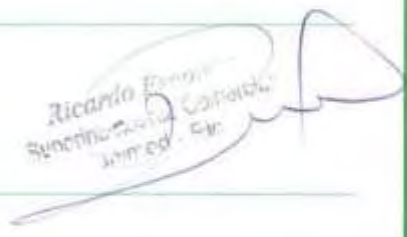
E por estarem justas e acordadas firmam o presente em duas vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2010



EDSON COELHO LOPES
PRESIDENTE DA UNARECE
Edson Coelho Lopes
Superintendente Médico
Unimed Rio

CONTRATANTE



Ricardo Ferraz
Superintendente Médico
Unimed Rio

UNIMED-RIO

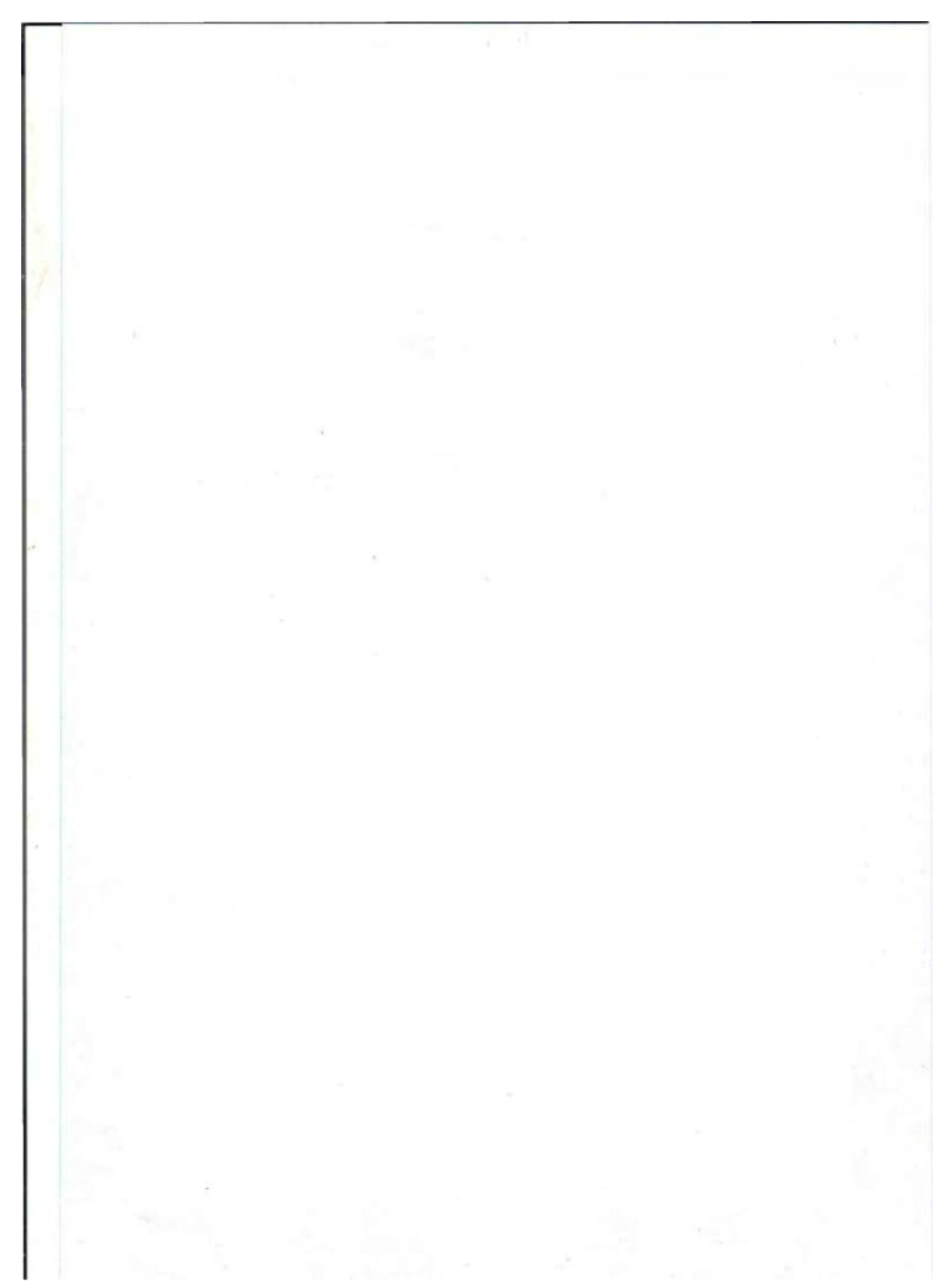


CLAUDIO LIMA DA SILVA

TESTEMUNHA - (nome e CPF) 027.423.487/43

TESTEMUNHA - (nome e CPF)





PRODUTOS REGISTRADOS NA ANS

Nome Comercial do Produto	Segmentação	Nº de Registro na ANS
Unimed Alfa	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia (internação em quarto coletivo) - Rede Alfa - abrangência nacional	401.777/98-3
Unimed Beta	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia (internação em apartamento com banheiro privativo) - Rede Beta - abrangência nacional	401.780/98-3
Unimed Delta	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia (internação em apartamento com banheiro privativo) - Rede Delta - abrangência nacional	401.783/98-8
Unimed Ômega	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia (internação em apartamento com banheiro privativo) - Rede Ômega - abrangência nacional	401.804/98-4
Unimed Alfa	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial (internação em quarto coletivo) - Rede Alfa - abrangência nacional	401.806/98-1
Unimed Beta	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial (internação em apartamento com banheiro privativo) - Rede Beta - abrangência nacional	401.840/98-1
Unimed Delta	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial (internação em apartamento com banheiro privativo) - Rede Delta - abrangência nacional	401.809/98-5
Unimed Ômega	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial (internação em apartamento com banheiro privativo) - Rede Ômega - abrangência nacional	401.811/98-7
Unimed Personal Quarto Coletivo	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial (internação em quarto coletivo) - Rede Personal - abrangência estadual e com atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional	449.970/04-1

PRODUTOS REGISTRADOS NA ANS - CONT.

Nome Comercial do Produto	Segmentação	Nº de Registro na ANS
Unimed Personal Dental Quarto Coletivo	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia - (internação em quarto coletivo) - Rede Personal - abrangência estadual e com atendimento de urgência e emergência em todo território nacional	449.976/04-0
Unimed Personal Quarto Privativo	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial - (internação em apartamento com banheiro privativo) - Rede Personal - abrangência estadual e com atendimento de urgência e emergência em todo território nacional	449.971/04-9
Unimed Personal Dental Quarto Privativo	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia - (internação em apartamento com banheiro privativo) - Rede Personal - abrangência estadual e com atendimento de urgência e emergência em todo território nacional	449.977/04-8

ADITIVO AO INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR E OBSTÉTRICA, DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E ODONTOLÓGICA, REFERENTE À PROPOSTA PARA CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR E OBSTÉTRICA DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E ODONTOLÓGICA nº 27611.

As partes designadas e identificadas na Proposta Contratual, com número de identificação UN 003/1009, relativa ao INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR E OBSTÉTRICA, DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E ODONTOLÓGICA, em razão da edição das Resoluções Normativas nº. 195, de 14 de julho de 2009; nº. 200, de 13 de agosto de 2009; nº 204, de 1º de outubro de 2009; e nº 211, de 11 de janeiro de 2010, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, resolvem, por consenso, aditar o Contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O número de identificação deste contrato passa de UN 003/1208 para **UN 003/1009**, alterando-se essa identificação em todos os trechos do contrato onde se encontrava a identificação ora alterada.

CLÁUSULA SEGUNDA

O caput da Cláusula 1ª "DO OBJETO" passa a ter a seguinte redação:

"O contrato tem por objeto garantir aos conselheiros, associados, sindicalizados ou cooperados da CONTRATANTE e aos seus respectivos DEPENDENTES, eventualmente inscritos, a cobertura de custos de assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia e odontológica, pela UNIMED-RIO, através de seus médicos cooperados e de rede assistencial própria ou contratada, **desde que a CONTRATANTE esteja sediada e/ou estabelecida no município do Rio de Janeiro e que inclua no ato da contratação uma quantidade mínima de 200 (duzentos) beneficiários**".

CLÁUSULA TERCEIRA

Ficam incluídas as alíneas 'u', 'v', 'w', 'x', 'y', 'z', 'aa', 'bb', 'cc', 'dd', 'ee', 'ff' e 'gg', na Cláusula 2ª "DAS DEFINIÇÕES", com o seguinte teor:

u) **Aconselhamento para Planejamento Familiar** é o processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal, relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto;

v) **Atendimento clínico para Planejamento Familiar** é realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção;

w) **Atividades educacionais para Planejamento Familiar** são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive a sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

x) **Anticoncepção** é a prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

y) **Carta de Orientação ao Beneficiário** é o documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento de sua inscrição no plano;

z) **Certificado Individual** é o documento emitido pela UNIMED-RIO, que serve para formalizar o cadastramento do BENEFICIÁRIO TITULAR e de seus DEPENDENTES, do qual constam: data de início da relação contratual individual de cada beneficiário inscrito; plano e opcionais contratados; seus respectivos preços; Coberturas Parciais Temporárias e respectivos prazos de vigência; prazos de carência, entre outros;

aa) **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é o período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual, exclusivamente as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR não têm cobertura integral, havendo, neste período, suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (internação em unidades de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde) e procedimentos de alta complexidade conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

bb) **Concepção** é a fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

cc) **Declaração de Saúde** é o documento que passa a fazer parte integrante do Contrato, onde o BENEFICIÁRIO TITULAR é solicitado a prestar informações sobre as suas condições gerais de saúde e de seus DEPENDENTES incluídos, bem como sobre as lesões ou doenças preexistentes das quais tenha conhecimento e declara ser(em) portador(es) ou sofredor(es), ficando facultada à UNIMED-RIO a utilização de todos os meios aceitos para comprovar o conhecimento de sua existência anterior ao contrato;

dd) **Doença ou Lesão Preexistente** é aquela que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do plano;

ee) **Medicamentos Adjuvantes** são aqueles empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;

ff) **Planejamento familiar** é o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal; e

gg) **Termo de Comunicação ao Beneficiário** é a carta enviada ao Beneficiário para solicitar o seu comparecimento à UNIMED-RIO para retificação da Declaração de Saúde, em função da possibilidade de haver doença ou lesão preexistente não declarada”.

CLÁUSULA QUARTA

A alínea 'p', da Cláusula 2ª “DAS DEFINIÇÕES” passa a vigorar com a seguinte redação:

“p) **Sistema Nacional Unimed** é o conjunto de todas as cooperativas de trabalho médico Unimed, **pessoas jurídicas distintas entre si**, com autonomia administrativa, comercial e financeira, relacionadas no Guia Médico descrito na alínea “b”, da subcláusula 4.1.8”;

CLÁUSULA QUINTA

A alínea 'a', da Cláusula 3ª “DOS BENEFICIÁRIOS” passa a ter a seguinte redação:

“São considerados para efeito deste contrato:

a) “**BENEFICIÁRIOS TITULARES** - conselheiros, associados, sindicalizados ou cooperados da CONTRATANTE, que espontaneamente vierem a aderir ao presente instrumento; e”

CLÁUSULA SEXTA

A subcláusula 4.1 “INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS” passa a vigorar com a seguinte redação:

“4.1. INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Por ocasião da celebração do contrato, a CONTRATANTE **terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias** para inscrever os beneficiários, **sob pena de cumprimento das carências previstas na Cláusula 8ª**.

4.1.1. Os beneficiários que se vincularem à CONTRATANTE **após o período previsto na subcláusula 4.1**, poderão ser incluídos sem o cumprimento das carências definidas na Cláusula 8ª, **no mês de aniversário do contrato do ano subsequente a sua vinculação à CONTRATANTE**.

4.1.2. A inclusão de **DEPENDENTES**, fora dos prazos previstos nas subcláusulas 4.1 e 4.1.1, far-se-á mediante o cumprimento das carências previstas na Cláusula 8ª. Exceção feita aos seguintes casos:

a) **recém-nascido, filho natural ou adotivo** do BENEFICIÁRIO TITULAR, que será dispensado das carências, desde que sua inclusão seja efetuada no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

b) **filho adotivo, com idade de até 12 (doze) anos**, que tenha sido adotado durante a vigência do contrato, aproveitando-se para ele os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR adotante, desde que seja incluído no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da adoção; e de

c) **cônjuge**, aproveitando-se para ele os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, desde que sua inclusão seja efetuada no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do matrimônio.

4.1.3. É assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR ou de seu DEPENDENTE, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

4.1.4. Quando da inclusão de um beneficiário, a CONTRATANTE deverá apresentar à UNIMED-RIO os documentos cadastrais que identificam e qualificam os respectivos beneficiários, inclusive quanto ao vínculo associativo, sindical ou cooperativo, o grau de parentesco e a relação de dependência econômica.

4.1.4.1. A UNIMED-RIO solicitará, durante a relação contratual, documentação cadastral comprobatória das declarações prestadas pela CONTRATANTE, por ocasião da inclusão dos beneficiários no contrato.

4.1.5. Além da documentação definida na subcláusula 4.1.4, para os beneficiários **TITULARES e DEPENDENTES**, a CONTRATANTE deverá apresentar, concomitantemente ao pedido de inscrição, a respectiva Declaração de Saúde e a Carta de Orientação ao Beneficiário.

4.1.5.1. A **Declaração de Saúde e a Carta de Orientação ao Beneficiário** deverão ser obrigatoriamente preenchidas e assinadas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR que deverá declarar, por si e por seus respectivos DEPENDENTES, ser(em) conhecedor(es) ou não da condição de portador(es) ou sofredor(es) de doença ou lesão preexistente.

4.1.5.2. Para preenchimento da Declaração de Saúde, o BENEFICIÁRIO TITULAR poderá contar com a ajuda de um profissional médico especializado. Quando o profissional não pertencer ao quadro de cooperados, o BENEFICIÁRIO TITULAR assumirá as despesas daí decorrentes. Se preferir recorrer à ajuda de médico cooperado, estabelecido no município do Rio de Janeiro, através de uma entrevista qualificada, efetuará o pagamento da consulta e entregará o recibo, através da CONTRATANTE, na UNIMED-RIO. O reembolso do pagamento efetuado dar-se-á na mensalidade imediatamente possível e posterior, abatendo-se dela o equivalente à importância paga. Se recorrer à ajuda de médico credenciado pela UNIMED-RIO especificamente para esse fim, o CONTRATANTE não terá nenhum ônus financeiro.

4.1.5.3. A UNIMED-RIO poderá realizar entrevista e/ou solicitar outros documentos, através dos meios de comunicação disponíveis, visando esclarecer e confirmar a veracidade das informações prestadas na Declaração de Saúde.

4.1.6. Havendo a constatação de alguma doença ou lesão preexistente à contratação, ao beneficiário portador da mesma será aplicada a Cobertura Parcial Temporária, na forma conceituada no item "aa", da Cláusula 2ª. **Fica estipulado que em hipótese alguma será oferecido o agravo ao BENEFICIÁRIO TITULAR, como opção à aplicação da Cobertura Parcial Temporária.**

4.1.7. Caso seja identificado pela UNIMED-RIO, indícios de fraude por parte do BENEFICIÁRIO referente à omissão de conhecimento de lesão preexistente por ocasião da contratação do plano de assistência médica, a UNIMED-RIO comunicará o BENEFICIÁRIO sobre a alegação de omissão de informações através do Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá adotar as seguintes medidas:

1. oferecer CPT ao BENEFICIÁRIO pelos meses restantes, a partir da data do recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data do início de vigência do plano; ou

2. solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS quando da identificação do indício de fraude ou após a recusa do BENEFICIÁRIO à aplicação de CPT.

4.1.7.1. Comprovada a fraude junto à ANS, a UNIMED-RIO poderá, a seu critério, cobrar as despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que o BENEFICIÁRIO tiver recebido o Termo de Comunicação ao Beneficiário e/ou cancelar o plano do BENEFICIÁRIO que foi parte no processo administrativo.

4.1.7.2. Na hipótese de exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR que possua DEPENDENTE no plano, aquele poderá transferir a titularidade para algum dos seus BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, mediante prévia e expressa solicitação da CONTRATANTE à UNIMED-RIO, **devendo fazê-lo no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR.**

4.1.8. Após a inclusão dos beneficiários, a UNIMED-RIO encaminhará à CONTRATANTE, para distribuição, os seguintes documentos:

- a) os **Cartões de Identificação** de cada um dos beneficiários inscritos no contrato, onde estão evidenciados, além do código e nome do beneficiário, o nome da CONTRATANTE, o prazo de validade do cartão e o plano contratado;
- b) o **Guia Médico**, em quantidade proporcional ao número de BENEFICIÁRIOS TITULARES inscritos, onde consta a relação de médicos cooperados por especialidade, hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros, classificados de acordo com o padrão de rede assistencial, bem como a relação das demais cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed, com os respectivos endereços;
- c) o **Guia Odontológico**, em quantidade proporcional ao número de BENEFICIÁRIOS TITULARES inscritos possuidores dessa cobertura, onde consta a relação de odontólogos por especialidade; e
- d) o **Guia de Leitura Contratual - GLC**, em quantidade proporcional ao número de BENEFICIÁRIOS TITULARES, onde constará, dentre outras informações, os prazos de carência, a vigência contratual, os critérios de reajuste, a segmentação assistencial e a abrangência geográfica do plano.

4.1.9. A assistência e benefícios constantes deste instrumento serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, a partir da data do vencimento constante da Proposta, subsequente ao pedido de inscrição e desde que cumpram as carências eventualmente aplicadas, **salvo o previsto na subcláusula 4.1 e 4.1.1”.**

CLÁUSULA SÉTIMA

A subcláusula 4.2.1 passará a vigorar com a seguinte redação:

“4.2.1. A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR ocasionará necessariamente a exclusão dos respectivos DEPENDENTES inscritos, exceto nos casos em que a exclusão decorrer de julgamento final favorável em processo administrativo por alegação de fraude na Declaração de Saúde, hipótese em que o BENEFICIÁRIO TITULAR será excluído, podendo ser mantidos os demais beneficiários no plano, observadas as disposições da subcláusula 4.1.7.2”.

CLÁUSULA OITAVA

Tornam-se sem efeito as subcláusulas 4.3, 4.4 e 4.5.

CLÁUSULA NONA

O caput da cláusula 6ª “DAS COBERTURAS” passa a vigorar com a seguinte redação:

“Observadas as disposições e as coberturas do plano contratado, aos beneficiários fica assegurado exclusivamente nas especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), o direito à assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia, necessária ao tratamento das doenças constantes do CID – Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), excluídas aquelas mencionadas na Cláusula 9ª, observados o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento, as carências estabelecidas e as Coberturas Parciais Temporárias eventualmente aplicadas.

Fica assegurado, ainda, quando contratado plano contendo cobertura odontológica, o direito a esta assistência, observados o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento, as carências estabelecidas, as Coberturas Parciais Temporárias eventualmente aplicadas, as exclusões e demais condições do plano contratado.

Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento serão de cobertura obrigatória, quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

As coberturas assistenciais abaixo relacionadas serão prestadas de acordo com a segmentação, a área de abrangência e a rede assistencial contratadas, independente da circunstância e do local de ocorrência do evento”.

CLÁUSULA DÉCIMA

As alíneas 'g', 'k', 'l', 'm', 'n' e 'r' da subcláusula 6.1 passam a ter as seguintes redações:

“g) acomodação e alimentação necessárias à permanência de um (1) acompanhante do beneficiário internado, menor de 18 (dezoito) anos de idade ou maior de 60 (sessenta) anos, assim como os portadores de necessidades especiais;”

“k) transplantes de rim e de córnea e de medula óssea autóloga e heteróloga (alogênica), bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos. Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

I - as despesas assistenciais com doadores vivos;

II - os medicamentos utilizados durante a internação;

III - o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos ao transplante, exceto medicamentos de manutenção; e

IV - as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS;”

“l) 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 ministrados durante o período de internação hospitalar. 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, devendo o cirurgião-dentista e/ou médico assistente 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;”

“m) cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;”

“n) procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar: (...)

- procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;”

“r) laqueadura tubária e laqueadura tubária laparoscópica, em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos cumulativamente os seguintes critérios:

- mulheres com capacidade civil plena;
- maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;

- seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado; e
- toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde”.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

Torna-se sem efeito a alínea ‘j’, da subcláusula 6.1.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

Ficam incluídas as alíneas ‘s’, ‘t’, e ‘u’ na subcláusula 6.1 com os seguintes textos:

“s) vasectomia quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- homens com capacidade civil plena;
- maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- o procedimento cirúrgico deve ser devidamente registrado em prontuário e será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la;
- seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão; e
- avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente;

t) atendimento por outros profissionais de saúde de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente; e

u) oxigenoterapia hiperbárica, na forma indicada nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento”.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

Fica incluída a subcláusula 6.1.7-A e 6.1.7-B, na cláusula 6ª “DAS COBERTURAS”, com a seguinte redação:

“6.1.7-A. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, de acordo com o plano contratado”.

“6.1.7-B. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento têm assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens”.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

A subcláusula 6.1.8 passa a vigorar com a seguinte redação:

“6.1.8. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, serão cobertos.

6.1.8.1. Está garantida a cobertura de atendimento em hospital-dia psiquiátrico, na forma indicada nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento.

6.1.8.1.1. Entende-se hospital-dia psiquiátrico 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.

6.1.8.2. Caso a internação decorrente de transtorno psiquiátrico, em hospital psiquiátrico ou hospital geral, ultrapasse 30 (trinta) dias no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, a cobertura far-se-á mediante co-participação da CONTRATANTE, na razão de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas.

6.1.8.2.1. O valor da co-participação será cobrado da CONTRATANTE, na mensalidade imediatamente possível e posterior à data em que a UNIMED-RIO efetuar o pagamento ao médico cooperado/prestador credenciado”.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

As alíneas 'd' e 'e', da subcláusula 6.3.1 passam a ter os seguintes textos:

“d) em número limitado de 6 (seis) consultas/sessões por ano de contrato com nutricionista. Esta cobertura será ampliada para até 12 (doze) consultas/sessões por ano de contrato, de acordo com indicações previstas nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;”

“e) em número limitado de 6 (seis) consultas/sessões por ano de contrato com fonoaudiólogo. Esta cobertura será ampliada para até 24 (vinte e quatro) consultas/sessões por ano de contrato, de acordo com indicações previstas nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento”.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

Ficam incluídas as alíneas 'f', 'g' e 'h', na subcláusula 6.3.1, com as seguintes redações:

“f) até 12 (doze) consultas/sessões por ano de contrato com terapeuta ocupacional, de acordo com indicações previstas nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;

g) até 40 consultas/sessões por ano de contrato com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, de acordo com indicações previstas nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento; e

h) até 12 (doze) sessões de psicoterapia por ano de contrato, de acordo com indicações previstas nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento”.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

A alínea 'k' da subcláusula 6.3.2 passará a ter a seguinte redação:

“k) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões”.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA

Ficam incluídas as alíneas 'l' e 'm' na subcláusula 6.3.2, com os seguintes textos:

“l) medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento; e

m) ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento”.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA

Torna-se sem efeito a subcláusula 6.3.3.

CLÁUSULA VIGÉSIMA

A subcláusula 6.5 passa a vigorar com a seguinte redação:

“6.5. ATENDIMENTO PARA ACIDENTE DE TRABALHO e SAÚDE OCUPACIONAL

Estão garantidos os atendimentos médicos, hospitalares e odontológicos relacionados a acidentes de trabalho e à saúde ocupacional, bem como suas conseqüências, observando-se em relação a esta última as exclusões previstas na cláusula “DAS COBERTURAS EXCLUÍDAS”.

6.5.1. Nos casos de acidente de trabalho, o empregador permanece responsável pelas formalidades legais necessárias à comunicação do evento às repartições previdenciárias próprias, para efeito do cumprimento das normas vigentes”.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

A alínea ‘i’, da cláusula 8ª “DAS CARÊNCIAS” passa a vigorar com a seguinte redação:

“i) **180 (cento e oitenta) dias** para exames diagnósticos e/ou cirurgias por vídeo; endoscopias que não possam ser realizadas em consultório; laparoscopia diagnóstica e terapêutica; terapia renal substitutiva; internações clínicas ou cirúrgicas; exames e acompanhamentos intraoperatórios; transplante de rim e córneas e de medula óssea autóloga ou heteróloga (alôgena); genética molecular; citogenética; fornecimento de próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico; internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos; sessões de psicoterapia; consultas e sessões com: nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional e psicólogo; cirurgia refrativa (correção de miopia e hipermetropia, com ou sem astigmatismo); quimioterapia; radioterapia; transfusão de sangue e hemoderivados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; neurorradiologia; radiologia intervencionista; oxigenoterapia hiperbárica; radiocirurgia; assistência odontológica; e todos os demais atendimentos médicos não elencados nesta cláusula; e”

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA

As alíneas ‘p’, ‘w’ e ‘z’, da cláusula 9ª “DAS COBERTURAS EXCLUÍDAS” passam a ter as seguintes redações:

“p) **tratamento esclerosante de varizes, assim como qualquer outro tratamento, exame ou procedimento não constante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;**”

“w) **na hipótese de contratação de planos de assistência ambulatorial:**

- **procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;**
- **quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e**
- **embolizações;**”

“z) **exames clínicos e complementares, de caráter admissional, demissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e outros decorrentes do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, objeto da Norma Regulamentadora nº 07, da Secretaria de Segurança e Medicina no Trabalho, do Ministério do Trabalho, inclusive o desenvolvimento do PCMSO.**”

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA

Ficam incluídas as alíneas ‘aa’, ‘bb’ e ‘cc’, na cláusula 9ª “DAS COBERTURAS EXCLUÍDAS”, com os seguintes textos:

“aa) **fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;**”

bb) internações que não necessitem cuidados médicos em ambiente hospitalar; e

cc) procedimentos necessários ao seguimento de eventos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época de sua utilização ou em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento”.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA

Torna-se sem efeito a alínea 'x', da Cláusula 9ª “DAS COBERTURAS EXCLUÍDAS”.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA

A subcláusula 10.1.1 passará a ter o seguinte texto:

“10.1.1. Na hipótese da não inscrição do número de beneficiários e/ou de pessoas com o perfil etário apresentado na Proposta, após o prazo previsto na subcláusula 4.1, admitindo-se uma variação de até 10% (dez por cento), proceder-se-á a imediata revisão dos preços, adequando-os atuarialmente ao grupo de beneficiários efetivamente inscritos, praticando-se os novos preços mediante prévia apresentação dos mesmos à CONTRATANTE. A diferença apurada com base nessa adequação relativamente ao primeiro faturamento será cobrada imediatamente, através de fatura complementar com vencimento à vista”.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA

A subcláusula 10.3 passará a ter a seguinte redação:

“10.3. Objetivando a manutenção do equilíbrio técnico-atuarial do contrato, anualmente, os preços poderão ser reajustados com base na sinistralidade acumulada do próprio contrato (ISper), no período em análise”.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA

Ficam incluídas as subcláusulas 10.5.1 e 10.5.2, na Cláusula 10ª “DOS PREÇOS, REAJUSTES E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO”:

“10.5.1. As mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais e à co-participação que não forem pagos pelos BENEFICIÁRIOS TITULARES à CONTRATANTE até o vencimento, serão atualizados de acordo com a variação do CDI-CETIP (Certificados de Depósitos Interfinanceiros – CETIP), publicado nos jornais de grande circulação, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, incidindo no período entre o dia seguinte ao do vencimento e ao do efetivo pagamento, ficando o BENEFICIÁRIO TITULAR igualmente sujeito ao pagamento de multa de 2% (dois por cento) sobre o débito e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

10.5.2. Se houver atraso superior a 10 (dez) dias no pagamento das mensalidades e dos valores descritos na cláusula acima, a CONTRATANTE poderá solicitar à UNIMED-RIO a exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR e respectivos DEPENDENTES, estando a UNIMED-RIO obrigada a proceder a movimentação cadastral”.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA

Fica incluída a subcláusula 10.7, na Cláusula 10ª “DOS PREÇOS, REAJUSTES E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO”:

“10.7. SUSPENSÃO DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL

A UNIMED-RIO suspenderá toda e qualquer movimentação contratual, se alguma mensalidade permanecer sem pagamento, por prazo igual ou superior a 05 (cinco) dias, não se responsabilizando por inclusões não efetivadas e por despesas realizadas pelos beneficiários não incluídos, durante o período do inadimplemento. Nessa hipótese, a CONTRATANTE se compromete a informar essa suspensão a todos os seus beneficiários inscritos”.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA

A alínea 'c', da subcláusula 11.1, passará a vigorar com a seguinte redação:

"c) ter a idade mínima de 14 (quatorze) e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos por ocasião da data do início da sua relação contratual individual como BENEFICIÁRIO TITULAR".

CLÁUSULA TRIGÉSIMA

Torna-se sem efeito a subcláusula 11.2 "BENEFÍCIO FAMÍLIA".

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA

A Cláusula 12ª "DA VIGÊNCIA E RESCISÃO DO CONTRATO" passará a ter a seguinte redação:

12.1. O contrato terá vigência mínima de 12 (doze) meses, contados a partir da data do início de vigência fixado na Proposta, renovando-se automaticamente, por prazo indeterminado ao fim deste período.

12.1.1. **O contrato só poderá ser rescindido imotivadamente, por quaisquer das partes, após o período previsto na subcláusula 12.1, e desde que haja notificação prévia, por escrito, com, pelo menos, 60 (sessenta) dias de antecedência.**

12.1.2. Não haverá cobrança de qualquer taxa por parte da UNIMED-RIO relacionada à renovação automática do contrato.

12.2. **Será considerado rescindido o contrato, com a exclusão de todos os beneficiários inscritos, independente de aviso ou notificação, se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 30 (trinta) dias consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso ou a critério da UNIMED-RIO, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, porventura realizadas no período de inadimplência.**

12.2.1. Considerando-se que o cálculo para a fixação do preço das mensalidades previstas neste contrato levou em consideração o prazo mínimo de vigência previsto na subcláusula 12.1, na hipótese de a rescisão operar-se com base na disposição contida na subcláusula 12.2 e estando a contratação em vigor por prazo determinado, **a CONTRATANTE sujeitar-se-á a multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do referido prazo.**

12.3. O contrato também poderá ser rescindido de pleno direito, caso as partes não cheguem a um consenso quanto ao índice de reajuste a ser aplicado pela CONTRATADA no aniversário do contrato, na forma prevista na Cláusula 11ª. Para tanto, a CONTRATADA notificará a CONTRATANTE com até 30 (trinta) dias de antecedência.

12.4. Rescinde-se, ainda, o contrato, por extinção, independente do prazo de vigência e de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- a) **qualquer ato ilícito civil ou penal** praticado pelos beneficiários, em prejuízo da UNIMED-RIO;
- b) **utilização indevida do cartão de identificação** fornecido pela UNIMED-RIO conforme previsto na subcláusula 4.2.2.1;
- c) **omissão ou distorção de informações** que caracterize fraude em prejuízo da UNIMED-RIO; e
- d) **recusa da CONTRATANTE em pagar os preços adequados atuarialmente e suas diferenças**, ao teor do disposto na subcláusula 10.1.1.

12.5. A critério da UNIMED-RIO, esta poderá optar mediante aviso prévio à CONTRATANTE, pela exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR e seus respectivos DEPENDENTES, em substituição à rescisão do contrato.

12.6. Rescindir-se-á o contrato, ainda, **independentemente de aviso ou notificação**, se no decorrer da relação contratual houver **menos de 200 (duzentos) beneficiários inscritos.**

12.6.1 Os beneficiários poderão, ainda, assinar novo contrato individual ou familiar, **no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data da rescisão**, aproveitando-se o tempo de permanência na presente contratação para fins de compensação das carências e das coberturas parciais temporárias, **desde que o novo produto seja equivalente ao que possuíam.**

12.7. O contrato poderá ser rescindido, ainda, a qualquer momento se as partes não cumprirem fielmente suas cláusulas e condições, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

12.8. A responsabilidade da UNIMED-RIO sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 60 (sessenta) dias da comunicação prévia (denúncia imotivada), correndo as despesas, a partir de então, **por conta exclusiva da CONTRATANTE**, assim como todas as despesas relativas à coparticipação decorrentes de procedimentos médicos e hospitalares ocorridos durante o período de vigência do contrato, ainda que cobradas posteriormente à sua rescisão.

12.8.1. Durante o prazo da comunicação (denúncia imotivada), não se admitem inclusões e exclusões de beneficiários, e transferências de planos”.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA

Permanecem inalteradas todas as demais cláusulas e condições do contrato aditando não modificadas por este instrumento.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA TERCEIRA

Este aditivo entra em vigor na data de vigência do contrato.

E, por estarem de acordo, as partes, por seus representantes legais, assinam o presente termo, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos, na presença de 2 (duas) testemunhas que também o assinam.

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2010.




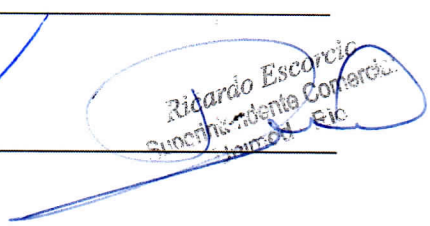
Contratante
EDSON COELHO LOPES
PRESIDENTE DA UNARECITA
Dr. Eduardo Assis Carvalho
Superintendente Médico
UNIMED RIO
Unimed Rio


Ricardo Escorêdo
Superintendente Comercial
Unimed Rio



TESTEMUNHAS:

1. 
Nome completo: CLAUDIO LIMA DA SILVA
CPF/MF: 027.423.487/143

2. 
Nome completo: _____
CPF/MF: _____

