

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Cláusula 1ª. Da Qualificação da Operadora ----- | 03 |
| Cláusula 2ª. Da Qualificação da Contratante ----- | 03 |
| Cláusula 3ª. Do Nome Comercial e do Número de Registro do Plano na ANS ----- | 03 |
| Cláusula 4ª. Do Tipo de Contratação ----- | 03 |
| Cláusula 5ª. Da Segmentação Assistencial do Plano de Saúde ----- | 04 |
| Cláusula 6ª. Da Área Geográfica de Abrangência e da Área de Atuação do Plano de Saúde ----- | 04 |
| Cláusula 7ª. Do Padrão de Acomodação em Internação ----- | 05 |
| Cláusula 8ª. Da Formação do Preço ----- | 05 |
| Cláusula 9ª. Dos Atributos do Contrato ----- | 05 |
| Cláusula 10ª. Das Condições de Admissão ----- | 06 |
| Cláusula 11ª. Das Coberturas e Procedimentos Garantidos ----- | 07 |
| Cláusula 12ª. Das Exclusões de Cobertura ----- | 17 |
| Cláusula 13ª. Da Duração do Contrato ----- | 18 |
| Cláusula 14ª. Dos Períodos de Carência ----- | 19 |
| Cláusula 15ª. Das Doenças e Lesões Preexistentes ----- | 20 |
| Cláusula 16ª. Do Atendimento de Urgência e Emergência ----- | 22 |
| Cláusula 17ª. Do Acesso à Livre Escolha de Prestadores ----- | 25 |
| Cláusula 18ª. Dos Mecanismos de Regulação ----- | 25 |
| Cláusula 19ª. Da Formação do Preço e Mensalidade ----- | 28 |
| Cláusula 20ª. Do Reajuste ----- | 29 |
| Cláusula 21ª. Das Faixas Etárias ----- | 31 |
| Cláusula 22ª. Das Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos ----- | 32 |
| Cláusula 23ª. Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário ----- | 35 |
| Cláusula 24ª. Da Rescisão/Suspensão ----- | 36 |
| Cláusula 25ª. Das Disposições Gerais ----- | 38 |
| Cláusula 26ª. Da Eleição de Foro ----- | 45 |

CORPORATIVO

contrato N° **UNO05/0814**

proposta N°

CLÁUSULA 1ª. DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA., com sede na Av. Armando Lombardi, 400, Lojas 101 a 105, 108 e 109, Barra da Tijuca, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o nº 42.163.881/0001-01, cooperativa médica, possuidora do Registro de Operadora nº 39.332-1, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA 2ª. DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

2.1. Considera-se CONTRATANTE a pessoa jurídica devidamente legitimada, na forma estabelecida nos normativos vigentes e qualificada na Proposta.

CLÁUSULA 3ª. DO NOME COMERCIAL E DO NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

| Nome Comercial do Produto | Nº de Registro na ANS |
|------------------------------|-----------------------|
| Unimed Alfa 2 Dental | 467.684/12-0 |
| Unimed Beta 2 Dental | 467.686/12-6 |
| Unimed Delta 2 Dental | 467.688/12-2 |
| Unimed Ômega Plus Dental | 467.663/12-7 |
| Unimed Alfa 2 | 467.683/12-1 |
| Unimed Beta 2 | 467.685/12-8 |
| Unimed Delta 2 | 467.687/12-4 |
| Unimed Ômega Plus | 467.662/12-9 |
| Unimed Ômega Platinum | 448.871/O4-7 |
| Unimed Ômega Platinum Dental | 448.872/O4-5 |

CLÁUSULA 4ª. DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1. CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL – é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

CLÁUSULA 5ª. DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

| Nome Comercial do Produto | Segmentação |
|------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Unimed Alfa 2 Dental | Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia |
| Unimed Beta 2 Dental | Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia |
| Unimed Delta 2 Dental | Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia |
| Unimed Ômega Plus Dental | Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia |
| Unimed Alfa 2 | Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial |
| Unimed Beta 2 | Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial |
| Unimed Delta 2 | Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial |
| Unimed Ômega Plus | Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial |
| Unimed Ômega Platinum | Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial |
| Unimed Ômega Platinum Dental | Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia |

CLÁUSULA 6ª. DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

| Nome Comercial do Produto | Área de Abrangência / Atuação |
|------------------------------|-------------------------------|
| Unimed Alfa 2 Dental | Abrangência nacional |
| Unimed Beta 2 Dental | Abrangência nacional |
| Unimed Delta 2 Dental | Abrangência nacional |
| Unimed Ômega Plus Dental | Abrangência nacional |
| Unimed Alfa 2 | Abrangência nacional |
| Unimed Beta 2 | Abrangência nacional |
| Unimed Delta 2 | Abrangência nacional |
| Unimed Ômega Plus | Abrangência nacional |
| Unimed Ômega Platinum | Abrangência nacional |
| Unimed Ômega Platinum Dental | Abrangência nacional |

CLÁUSULA 7ª. DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

| Nome Comercial do Produto | Padrão de Acomodação |
|------------------------------|--------------------------------------------------|
| Unimed Alfa 2 Dental | Internação em quarto coletivo |
| Unimed Beta 2 Dental | Internação em apartamento com banheiro privativo |
| Unimed Delta 2 Dental | Internação em apartamento com banheiro privativo |
| Unimed Ômega Plus Dental | Internação em apartamento com banheiro privativo |
| Unimed Alfa 2 | Internação em quarto coletivo |
| Unimed Beta 2 | Internação em apartamento com banheiro privativo |
| Unimed Delta 2 | Internação em apartamento com banheiro privativo |
| Unimed Ômega Plus | Internação em apartamento com banheiro privativo |
| Unimed Ômega Platinum | Internação em apartamento com banheiro privativo |
| Unimed Ômega Platinum Dental | Internação em apartamento com banheiro privativo |

CLÁUSULA 8ª. DA FORMAÇÃO DO PREÇO

8.1. O preço será preestabelecido.

CLÁUSULA 9ª. DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1. 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 005/0814, **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, Lojas 101 a 105, 108 e 109, Barra da Tijuca, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o nº 42.163.881/0001-01, classificada como Cooperativa Médica e 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.

9.2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

9.3. O contrato tem por objeto garantir aos sócios, administradores, empregados, trabalhadores temporários, estagiários, menores aprendizes, agentes políticos, demitidos e aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à CONTRATANTE e aos seus respectivos DEPENDENTES eventualmente inscritos, a cobertura de custos de assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia e odontológica, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, 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 de Duque de Caxias ou no município do Rio de Janeiro e que inclua no ato da contratação uma quantidade mínima de 30 (trinta) beneficiários.**

9.4. 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.

9.5. Além dos atendimentos médicos, hospitalares, obstétricos 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 10ª. DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

10.1. DOS BENEFICIÁRIOS

10.1.1. São considerados para efeito deste contrato:

a) BENEFICIÁRIOS TITULARES – os sócios ou aqueles que exerçam cargos de administração e/ou gerência e empregados da CONTRATANTE, assim como os estagiários contratados na forma da lei por intermédio das instituições próprias, os trabalhadores temporários, os menores aprendizes, os agentes políticos e os demitidos e aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à CONTRATANTE; 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.

10.2. DA INSCRIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

10.2.1. A CONTRATANTE inscreverá seus BENEFICIÁRIOS TITULARES e possíveis DEPENDENTES seguindo uma das formas apresentadas:

a) todos os BENEFICIÁRIOS TITULARES e respectivos DEPENDENTES vinculados à CONTRATANTE deverão ser inscritos, respeitando-se as definições estabelecidas para BENEFICIÁRIOS TITULARES e DEPENDENTES e o número mínimo de 30 (trinta) beneficiários; ou

b) apenas os beneficiários vinculados à CONTRATANTE e seus DEPENDENTES que **optarem** por participar do plano serão inscritos, desde que observadas as definições estabelecidas para BENEFICIÁRIOS TITULARES e DEPENDENTES e o número mínimo de 30 (trinta) beneficiários.

10.2.2. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES somente serão incluídos no caso de participação do BENEFICIÁRIO TITULAR.

10.3. DA IMPLANTAÇÃO

10.3.1. Para formalizar o interesse em contratar a assistência, a CONTRATANTE deve apresentar à UNIMED-RIO, devidamente preenchidos e assinados, a Proposta Contratual, os documentos de natureza cadastral da CONTRATANTE e os documentos cadastrais que identificam e qualificam os respectivos beneficiários, inclusive que comprovam o vínculo empregatício ou a relação contratual com a CONTRATANTE, o grau de parentesco e a relação de dependência econômica, bem como suas respectivas Declarações de Saúde que serão entregues observando o sigilo próprio.

10.3.2. Por ocasião da celebração do contrato, a CONTRATANTE terá o prazo de 30 (trinta) dias para inscrever os beneficiários, **sob pena de cumprimento das carências, previstas na cláusula “DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA”, e de Cobertura Parcial Temporária, estabelecida na cláusula “DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES”.**

10.4. DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL

10.4.1. A assistência e benefícios constantes deste instrumento serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, a partir do primeiro dia do mês subsequente ao do pedido de inscrição, cumprindo as carências eventualmente aplicadas, observando-se o calendário de implantação cadastral mencionado no caput desta cláusula, **salvo para os beneficiários incluídos por ocasião da celebração do contrato.**

10.4.2. 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.

10.4.3. Nas inclusões posteriores aos 30 (trinta) dias da contratação, a CONTRATANTE terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, após a data de admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR, para inscrever o mesmo e, eventualmente, os seus respectivos DEPENDENTES, **sob pena de cumprimento das carências previstas na cláusula “DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA”, e de Cobertura Parcial Temporária estabelecida na cláusula “DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES”.**

10.4.4. A inclusão de DEPENDENTES, após a inclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR, far-se-á mediante o cumprimento das carências previstas na cláusula “DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA”. Exceção feita aos seguintes casos:

a) 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, podendo sofrer aplicação de coberturas parciais temporárias em caso de doenças ou lesões preexistentes;**

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

c) 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 adotante, sendo também dispensada a aplicação de coberturas parciais temporárias, **desde que seja incluído no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da adoção.**

10.4.5. Fica assegurado à CONTRATANTE, o direito à inclusão e à exclusão de beneficiários, durante a vigência do contrato, **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.

10.4.6. 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.

CLÁUSULA 11ª. DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1. 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 “DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA”**, 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 e demais condições do plano contratado.

11.2. 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.

11.3. 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.

11.3.1. Na hipótese de entrada em vigor de norma da ANVISA que estabeleça a obrigatoriedade da utilização dos testes de detecção de ácidos nucleicos (NAT) como exame de qualificação no sangue de doadores, esta norma se aplicará à cobertura do plano contratado.

11.4. As coberturas assistenciais abaixo relacionadas serão prestadas de acordo com a segmentação, a acomodação, a área de abrangência e a rede assistencial contratadas, independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, aí incluídos os casos de acidente de trabalho e os relacionados à saúde ocupacional.

11.5. DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

11.5.1. Estão assegurados, exclusivamente, os atendimentos nas especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), para consultas médicas, exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, inclusive cirurgias de pequeno porte, solicitados pelo médico assistente.

11.5.2. Das Consultas

11.5.2.1. As consultas, quando necessárias, estão garantidas:

- a)** em número ilimitado, no município de Duque de Caxias e 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)** com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento; e
- e)** para psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos vigente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados.

11.5.3. Dos Exames Complementares, Procedimentos e Tratamentos

11.5.3.1. 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 neste contrato e das Coberturas Parciais Temporárias, 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;
- 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;
- c)** cobertura para remoção, **depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência**, efetuada de um estabelecimento hospitalar para outro pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município de Duque de Caxias e do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- d)** 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;

e) 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;

f) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

g) quimioterapia oncológica ambulatorial;

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

i) hemoterapia ambulatorial;

j) 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;

k) 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;

l) ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento; e

m) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, respeitando preferencialmente medicamentos genéricos e fracionados, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento.

11.6. DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

11.6.1. 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;

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;

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

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

g) acomodação e alimentação necessária à permanência de 1 (um) acompanhante do beneficiário internado, **menor de 18 (dezoito) anos de idade ou maior de 60 (sessenta) anos, assim como os portadores de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente;**

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;

j) remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato e em território brasileiro;

k) transplantes de rim, 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, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

II - os medicamentos utilizados durante a internação;

III - o acompanhamento clínico em todo período pós-operatório imediato, mediato 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) 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 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.

m) estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, 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;

n) cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais listadas 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;

o) 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;
- procedimentos radioterápicos;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;

- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - embolizações;
 - radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - procedimentos de fisioterapia;
 - procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento; e
 - o acompanhamento clínico em todo período pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos ao transplante, exceto medicamentos de manutenção.
- p)** 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 “DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA”;**
- q)** 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;
- r)** atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- s)** oxigenoterapia hiperbárica, na forma indicada nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;
- t)** implante de Dispositivo Intra Uterino (DIU), incluindo o dispositivo;
- u)** laqueadura tubária e laqueadura tubária laparoscópica, em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos cumulativamente os seguintes critérios:
- mulheres com capacidade civil plena;
 - maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou com, pelo menos, 2 (dois) filhos vivos;
 - seja observado o prazo mínimo de 60 (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.
- v)** vasectomia quando preenchidos todos os seguintes critérios:
- homens com capacidade civil plena;
 - maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou com, pelo menos, 2 (dois) filhos vivos;
 - seja observado o prazo mínimo de 60 (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.

11.6.2. 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.

11.6.3. 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.

11.6.4. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas 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.

11.6.4.1. 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.

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

11.6.6. 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.

11.6.6.1. 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.

11.6.7. 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 excederam à garantia contratada, bem como os prazos de pagamento, não cabendo à UNIMED-RIO qualquer ônus daí decorrente.

11.6.8. Será garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, no caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados.

11.7. DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA

11.7.1. 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 autoinfligidas, serão cobertos.

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

11.7.2.1. 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.

11.8. DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

11.8.1. Estão garantidos 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 das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias quando indicado pelo médico assistente;
- 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.**

11.9. DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

11.9.1. 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, Oclusal e Panorâmico), tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente **dentro das especialidades de:** prevenção, dentística restauradora, endodontia, periodontia, odontopediatria, próteses dental unitária e cirurgia oral menor, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral, conforme previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e será prestada após a realização de perícia prévia.

11.9.2. A cobertura odontológica atualmente é prestada, única e exclusivamente, através de rede assistencial de empresa contratada no âmbito do território nacional, mencionada na Proposta Contratual.

11.9.3. 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, independente de prévio aviso.

11.9.4 Os procedimentos odontológicos cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde são os seguintes:

a) DIAGNÓSTICO

- consulta inicial;
- consulta de emergência;
- exame histopatológico;
- adequação do meio bucal;
- teste de fluxo salivar;
- condicionamento em odontologia- 3 consultas por ano; e
- teste ph da saliva;

b) RADIOLOGIA

- radiografia bite-wing;
- radiografia periapical;
- radiografia oclusal; e
- radiografia Panorâmica pré e/ou pós procedimento cirúrgico;

c) PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- aplicação de selante;
- aplicação tópica profissional de flúor;
- evidenciação de placa, profilaxia-polimento coronário; e
- orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de próteses, uso de dentifícios enxaguatórios;

d) DENTÍSTICA RESTAURADORA

- colagem de fragmentos;
- aplicação de cariostático;
- adequação do meio bucal;
- núcleo de preenchimento;
- ajuste oclusal;
- restauração em resina;
- restauração em amálgama; e
- restauração em ionômero de vidro;

e) PRÓTESE DENTAL UNITÁRIA

- coroa unitária provisória com ou sem pino *;
- restauração metálica fundida (RMF) unitária – inclui a peça protética *;
- coroa total metálica – inclui a peça protética *;
- coroa total de cerômero unitária para dentes anteriores (incisivos e caninos) – inclui a peça protética *;
- núcleo metálico fundido – inclui a peça protética **; e
- núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética **;

* Para dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto

** Para dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio

f) PERIODONTIA

- curetagem de bolsa periodontal;
- imobilização dentária temporária ou permanente;
- raspagem, alisamento e polimento coronário;
- raspagem, alisamento e polimento radicular;
- gengivectomia/gengivoplastia;
- tratamento da gengivite;
- aumento de coroa clínica;
- cunha distal;

- cirurgia periodontal a retalho;
- enxerto gengival livre;
- enxerto pediculado; e
- tunelização;

g) ENDODONTIA

- capeamento pulpar – direto e indireto;
- pulpotomia / pulpectomia;
- remoção de núcleo intrarradicular/corpo estranho;
- tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- retratamento endodôntico em dentes decíduos;
- tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- retratamento endodôntico em dentes permanentes;
- tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta; e
- tratamento de perfuração radicular;

h) CIRURGIA

- alveoloplastia;
- apicectomia birradicular;
- apicectomia birradicular com obturação retrógrada;
- apicectomia trirradicular;
- apicectomia trirradicular com obturação retrógrada;
- apicectomia unirradicular;
- apicectomia unirradicular com obturação retrógrada;
- biópsia de boca;
- biópsia de glândula salivar;
- biópsia de lábio;
- biópsia de língua;
- biópsia de mandíbula/maxila;
- cirurgia de torus mandibular bilateral;
- cirurgia de torus palatino;
- cirurgia de torus unilateral;
- correção de bridas musculares;
- excisão de mucocele;
- excisão de rânula;
- exodontia + retalho;
- exodontia de raiz residual;
- exodontia simples;
- exodontias múltiplas;
- fraturas alvéolo-dentárias – redução cruenta;
- fraturas alvéolo-dentárias – redução incruenta;

- frenectomia labial;
- frenectomia lingual;
- incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- reconstrução de sulco gengivo-labial;
- reimplante de dente avulsionado;
- remoção de dentes retidos (inclusos e impactados);
- sulcoplastia;
- ulectomia;
- hemissecção com ou sem amputação radicular;
- cirurgia de tumores odontogênicos sem reconstrução*;
- cirurgia de tumores ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila*;
- exérese de pequenos cistos de maxila/mandíbula*;
- tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais*;
- tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles da região buco-maxilo-facial sem reconstrução*;
- redução de luxação de ATM*;
- punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial*;

* quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

i) PROCEDIMENTOS DE ODONTOPEDIATRIA

- coroa de acetato/aço ou policarbonato; e
- aplicação de cariostático;

j) PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- curativo em caso de hemorragia bucal;
- curativo em caso de odontalgia aguda;
- pulpectomia;
- pulpotomia;
- imobilização dentária temporária;
- recimentação de trabalho protético;
- tratamento de alveolite;
- colagem de fragmentos;
- incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- incisão e drenagem de abscesso intra-oral; e
- reimplante de dente avulsionado.

11.9.5. A UNIMED-RIO garantirá o reembolso das despesas odontológicas efetuadas pelo beneficiário em casos de urgência e emergência, exclusivamente quando não for possível a utilização da rede assistencial odontológica contratada, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo plano contratado, valores expressos na Tabela de Referência da Assistência Odontológica, as carências contratuais e o custo dos atendimentos.

11.10. DO ATENDIMENTO PARA ACIDENTE DE TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

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

11.10.2. 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 12ª. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

- a) atendimentos domiciliares e enfermagem particular, independentemente das condições do beneficiário;**
- b) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;**
- 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 “DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA”;**
- 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 neste contrato para os casos de reembolso de despesas médicas e hospitalares;**
- 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, ou seja, 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 (dezoito) 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, ressalvados os casos expressamente previstos neste contrato;**
- 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, bem como aqueles que estejam em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes 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) internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

v) 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;

w) 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;

x) na hipótese de contratação de plano com segmentação odontológica:

- atendimentos odontológicos prestados por cirurgião-dentista não pertencente à entidade contratada mencionada na Proposta Contratual, salvo nos casos de reembolso expressamente previstos neste contrato;
- todos os procedimentos da especialidade de prótese dental não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS ou em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;
- todos os procedimentos da especialidade de implantodontia, inclusive implantes dentários osteointegráveis e transplantes autógenos dentários;
- todos os procedimentos da especialidade de ortodontia, nesta incluso documentação, instalação e manutenção mensal de aparelhagem fixa ou móvel; e

y) 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 13ª. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1. O início de vigência do contrato constará da Proposta.

13.2. O contrato terá vigência mínima de 12 (doze) meses, contados a partir do início da vigência previsto na Proposta, renovando-se automaticamente por prazo indeterminado ao fim deste período, não havendo cobrança de qualquer taxa por parte da UNIMED-RIO relacionada à renovação e nem qualquer recontagem dos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e seus DEPENDENTES.

CLÁUSULA 14ª. DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

14.1. 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.

14.2. 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 histocitopatológicos, exceto os constantes das alíneas subsequentes; 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 subsequentes**; fisioterapia; eletrocardiografia dinâmica (Holter); teste ergométrico; ultrassonografia, **à exceção das constantes das alíneas subsequentes**; 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; litotripsia; angiotomografia coronariana; tomografia de coerência óptica e pet-scan oncológico;
- 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; internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos e quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química; sessões de psicoterapia; consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo; cirurgias bariátrica, cardíaca e refrativa (correção de miopia e hipermetropia, com ou sem astigmatismo); fornecimento de próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico; quimioterapia; radioterapia; transfusão de sangue e hemoderivados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; neurorradiologia; radiologia intervencionista; oxigenoterapia hiperbárica; radiocirurgia; assistência odontológica; terapia imunobiológica intravenosa; tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico; estudo ultrassonográfico intravascular; implante coclear e todos os demais atendimentos médicos não elencados nesta cláusula;
- j) 180 (cento e oitenta) dias** para terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer; radioablação / termoablação de tumores hepáticos no câncer primário de fígado; tratamento de

tumores neuroendócrinos; radioterapia com modulação da intensidade do feixe (IMRT) para tumores da região da cabeça e pescoço; lobectomia pulmonar por videotoracoscopia; piloro-plastia por videolaparoscopia; colecistojunostomia por videolaparoscopia; colecistostomia por videolaparoscopia; coledocotomia ou coledocostomia com ou sem colecistectomia por videolaparoscopia; enucleação de metástases hepáticas por videolaparoscopia; punção hepática para drenagem de abscessos por videolaparoscopia; ressecção de cisto hepático com ou sem hepatectomia por videolaparoscopia; nefrectomia laparoscópica; nefroureterectomia com ressecção vesical laparoscópica; pielolitotomia laparoscópica; pieloplastia laparoscópica; ureteroureterostomia laparoscópica; cistectomia laparoscópica (inclui próstata ou útero); histerectomia subtotal laparoscópica com ou sem anexectomia; histerectomia total laparoscópica; histerectomia total laparoscópica ampliada; histerectomia total laparoscópica com anexectomia; endometriose - tratamento cirúrgico via laparoscópica; liberação laparoscópica de aderências pélvicas, com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingolise; gravidez ectópica - cirurgia por videolaparoscopia; colagem de fístula por via endoscópica; ligamentopexia pélvica laparoscópica; omentectomia laparoscópica; ressecção ou ligadura laparoscópica de varizes pélvicas; secção laparoscópica de ligamentos útero-sacros; nefropexia laparoscópica; ultrassonografia - peça cirúrgica; espectroscopia por ressonância magnética; rizotomia percutânea por radiofrequência; incontinência urinária - tratamento cirúrgico sling ou esfínter artificial; e

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

14.3. Não haverá carências nos planos com 30 (trinta) ou mais participantes para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

CLÁUSULA 15ª. DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

15.1. Além da documentação definida na Cláusula “DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO”, **para os BENEFICIÁRIOS TITULARES e DEPENDENTES**, incluídos após os prazos previstos neste contrato para isenção dos períodos de carência, a CONTRATANTE deverá apresentar, concomitantemente ao pedido de inscrição, a respectiva Declaração de Saúde e a Carta de Orientação ao Beneficiário.

15.1.1. 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.

15.1.2. 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.

15.2. 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.

15.3. 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 de Duque de Caxias ou no município do Rio de Janeiro, através de uma entrevista qualificada, efetuará o pagamento da consulta e entregará o recibo, por meio 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 BENEFICIÁRIO não terá nenhum ônus financeiro.

15.4. 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.

15.5. Havendo a constatação de alguma doença ou lesão preexistente à contratação, ao beneficiário portador da mesma será aplicada a Cobertura Parcial Temporária. **Fica estipulado que em hipótese alguma será oferecido o agravo ao BENEFICIÁRIO TITULAR, como opção à aplicação da Cobertura Parcial Temporária.**

15.5.1. Doença ou Lesão Preexistente é aquela que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do plano.

15.5.2. Cobertura Parcial Temporária 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.

15.5.3. Agravo é acréscimo no valor da contraprestação paga pelo beneficiário ao plano de assistência à saúde, para que tenha direito integral à cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após cumprido os prazos de carências previstos neste contrato, de acordo com as condições negociadas entre a UNIMED-RIO e o beneficiário.

15.6. Caso sejam identificados 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 ao BENEFICIÁRIO sobre a alegação de omissão de informações através do Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá adotar as seguintes medidas:

- 1.** oferecer **Cobertura Parcial Temporária** 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 **Cobertura Parcial Temporária**.

15.7. 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.

15.7.1. 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.**

15.7.2. 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.

15.8. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

15.9. É vedada a alegação de omissão de informação de Doença ou Lesão Preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no BENEFICIÁRIO.

15.10. Não haverá cláusula da Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para

os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

CLÁUSULA 16ª. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1. DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ASSISTENCIAL

16.1.1. A definição de **urgência e emergência** prevista no artigo 35-C da Lei nº 9.656/98 é:

- **Urgência:** situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- **Emergência:** situações que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizadas em declaração do médico assistente.

16.1.2. Os casos de urgência e emergência, conforme definidos acima, 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 em tema próprio.

16.1.3. Os casos de emergência, **ocorridos durante os períodos de carência** previstos neste instrumento, terão cobertura em regime ambulatorial durante as 12 (doze) primeiras horas ou, por prazo inferior, caso haja necessidade de internação.

16.1.4. Os casos de urgência relativos ao processo gestacional, **ocorridos durante os períodos de carência** previstos neste instrumento, também terão cobertura em regime ambulatorial durante as primeiras 12 (doze) horas ou, por prazo inferior, caso haja necessidade de internação.

16.1.5. Os casos de atendimento de urgência e de emergência decorrentes de doença ou lesão preexistente quando em cobertura parcial temporária e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade estritamente relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes terão cobertura durante as primeiras 12 (doze) horas ou, por prazo inferior, caso haja necessidade de internação.

16.1.6. 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 12 (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.

16.1.6.1. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

16.1.6.2. Na hipótese de impossibilidade de remoção por risco de vida, serão de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO 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.

16.1.7. A CONTRATADA garantirá os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

16.1.8. Após cumpridas as carências e a Cobertura Parcial Temporária, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

16.2. DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

16.2.1. Estão garantidos os seguintes atendimentos de urgência e emergência, quando contratada a segmentação odontológica, após o cumprimento dos prazos carenciais:

- curativo em caso de hemorragia bucal;
- curativo em caso de odontalgia aguda;
- pulpectomia;
- pulpotomia;
- imobilização dentária temporária;
- recimentação de trabalho protético;
- tratamento de alveolite;
- colagem de fragmentos;
- incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- incisão e drenagem de abscesso intra-oral; e
- reimplante de dente avulsionado.

16.3. DO REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES

16.3.1. 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 expresso na Tabela de Referência da Assistência Médica, Hospitalar e Obstétrica, as carências contratuais, as Coberturas Parciais Temporárias e o custo dos atendimentos.**

16.3.2. O reembolso será feito com a apresentação dos documentos previstos nesta cláusula 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.

16.3.3. Para fins de realização do reembolso exigirá-se 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.

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

16.4. DO REEMBOLSO DAS DESPESAS ODONTOLÓGICAS

16.4.1. 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 rede assistencial odontológica contratada, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo plano contratado, o valor expresso na Tabela de Referência da Assistência Odontológica, as carências contratuais e o custo dos atendimentos.**

16.4.2. O reembolso será feito com a apresentação dos documentos previstos nesta cláusula 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.

16.4.3. Para fins de realização do reembolso exigirá-se 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 do cirurgião-dentista assistente contendo o nome do paciente.

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

16.5. DA REMOÇÃO

16.5.1. Está garantida a remoção terrestre quando contratado plano com segmentação hospitalar e após o cumprimento dos períodos de carências previstos no contrato, desde que motivada por atendimento assegurado, justificada pelo médico assistente, previamente autorizada pela UNIMED-RIO e mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, quando for:

- a) de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situado dentro do município de Duque de Caxias e do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed;
- b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situado dentro do município de Duque de Caxias e do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed;
- c) realizada entre estabelecimentos hospitalares pertencentes à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município de Duque de Caxias e do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- d) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO localizado fora da área de atuação do produto contratado para hospital pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situado dentro do município de Duque de Caxias e do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto contratado e na indisponibilidade ou inexistência de prestador para realização do devido atendimento, conforme disposto na legislação vigente; ou
- e) realizada entre estabelecimentos hospitalares pertencentes à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município de Duque de Caxias e do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

CLÁUSULA 17ª. DO ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

17.1. DOS PLANOS

17.1.1. O plano Unimed Ômega Platinum assegura, dentro do território nacional, **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos), **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e **direito ao reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas pelo sistema de livre escolha de prestadores de acordo com os múltiplos de reembolso contratados** e conforme previsto na subcláusula “DO REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES”.

17.1.2. O plano Unimed Ômega Platinum **apresenta uma outra modalidade denominada Dental**, com registro de produto na ANS diferenciado e que assegura, dentro do território nacional, **assistência odontológica, assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos), **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e **direito ao reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas pelo sistema de livre escolha de prestadores de acordo com os múltiplos de reembolso contratados** e conforme previsto na subcláusula “DO REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES”.

17.1.3. Os planos Unimed Ômega Platinum e Unimed Ômega Platinum Dental possuem ainda, cada um deles, 03 (três) opções de múltiplos de reembolso, cuja escolha deverá ser feita pela CONTRATANTE, no ato da contratação, dentre as possibilidades a seguir relacionadas:

| Planos | Paciente Internado | | | Paciente Não-Internado | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|------------|------------|------------------------|------------|
| | Honorários | Diárias | Serviços | Honorários | Serviços |
| Unimed Ômega Platinum 4 Unimed Ômega Platinum Dental 4 | 4 x TRAMH | 4 x TRAMH | 4 x TRAMH | 4 x TRAMH | 4 x TRAMH |
| Unimed Ômega Platinum 8 Unimed Ômega Platinum Dental 8 | 8 x TRAMH | 8 x TRAMH | 8 x TRAMH | 8 x TRAMH | 8 x TRAMH |
| Unimed Ômega Platinum 12 Unimed Ômega Platinum Dental 12 | 12 x TRAMH | 12 x TRAMH | 12 x TRAMH | 12 x TRAMH | 12 x TRAMH |

17.2. DO REEMBOLSO

17.2.1. Materiais, medicamentos, próteses/ órteses/ materiais especiais ligados ao ato cirúrgico e remoções serão reembolsados na razão de 01 (uma) vez a Tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar da UNIMED-RIO.

17.2.2. Taxas e aluguéis serão reembolsados na razão de 04 (quatro) vezes a Tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar da UNIMED-RIO.

CLÁUSULA 18ª. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

18.1. DAS CONDIÇÕES PARA O ATENDIMENTO

18.1.1. Para que os beneficiários recebam o atendimento médico, hospitalar, obstétrico e odontológico contratado, é necessário que:

- a) tenham cumprido os prazos de carência fixados e as Coberturas Parciais Temporárias que porventura tenham sido aplicadas;**
- b) os atendimentos médicos sejam executados exclusivamente por médico cooperado, exceto nos casos de reembolso de despesas assistenciais expressamente previstos neste contrato;**
- c) os atendimentos odontológicos sejam executados exclusivamente pela rede assistencial contratada, exceto nos casos de reembolso de despesas assistenciais expressamente previstos neste contrato;**
- d) sejam respeitados os limites, as coberturas e todas as demais condições estipuladas para o plano por ora contratado; e**
- e) sejam apresentados o Cartão de Identificação com um documento de identidade oficialmente reconhecido do beneficiário ou do responsável por este.**

18.1.2. Os serviços diagnósticos, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais **podem ser solicitados** pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição somente aos cooperados.

18.2. DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA COBERTURA DOS PRODUTOS

18.2.1. DOS PLANOS CONTRATUAIS COM ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA NACIONAL

18.2.1.1. 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 de Duque de Caxias ou no município do Rio de Janeiro, serão atendidos diretamente pela UNIMED-RIO através de seus médicos cooperados e da sua rede credenciada ou contratada 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 (vinte e quatro) horas da UNIMED-RIO, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento.

18.2.1.2. Os beneficiários inscritos receberão atendimento **dentro do território nacional**, sendo a assistência odontológica prestada através das cooperativas odontológicas integrantes do Sistema Nacional Uniodonto da seguinte forma:

- a)** se estiverem no município de Duque de Caxias ou no município do Rio de Janeiro, serão atendidos diretamente pela UNIODONTO através de seus odontólogos cooperados e da sua rede credenciada ou contratada; e
- b)** se estiverem nos demais municípios do território brasileiro, serão atendidos por uma das cooperativas odontológicas integrantes do Sistema Nacional Uniodonto, 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 da UNIODONTO, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento.

18.3. DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

18.3.1. 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.

18.3.1.1. A resposta à solicitação de autorização prévia será dada no prazo máximo de um dia útil ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

18.3.2. As consultas não necessitarão de autorização prévia.

18.4. DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM DESACORDO COM O PLANO CONTRATADO

18.4.1. A UNIMED-RIO não se responsabilizará em hipótese alguma pelos atendimentos realizados durante os períodos de carência ou de Coberturas Parciais Temporárias 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.

18.5. DA ATUALIZAÇÃO / ALTERAÇÃO DO GUIA MÉDICO E / OU ODONTOLÓGICO

18.5.1. 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 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

18.5.1.1. 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.

18.5.1.2. 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.

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

18.5.3. A rede de prestadores de serviços será divulgada no Guia Médico, o qual poderá ser solicitado por um dos canais de atendimento disponibilizados pela UNIMED-RIO ou acessado no endereço eletrônico www.unimedrio.com.br.

18.6. DA PERDA OU EXTRAVIO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

18.6.1. 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.

18.7. DA INSPEÇÃO E PERÍCIA

18.7.1. 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.

18.8. DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA

18.8.1. 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 escolhido pela UNIMED-RIO, outro pela CONTRATANTE e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos demais nomeados.

18.8.1.1. 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.

18.8.1.2. 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.

18.8.2. 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 19ª. DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

19.1. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIMED-RIO, por seus beneficiários inscritos, sob a forma de pré-pagamento, 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.

19.2. DO CÁLCULO DO PREÇO MENSAL POR BENEFICIÁRIO

19.2.1. Os preços mensais são fixados com base em cálculo atuarial, que leva em consideração: os custos da assistência assegurada, conforme o plano escolhido; os serviços, os exames e tratamentos cobertos, os excluídos, as carências, 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.

19.2.2. Na hipótese da não inscrição do número de beneficiários e/ou de pessoas com o perfil etário apresentado na Proposta, após o prazo previsto para inclusão dos beneficiários por ocasião da contratação, 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.

19.3. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

19.3.1. 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, quando devidos.

19.3.1.1. O pagamento total dos valores devidos será de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

19.3.2. Caso a CONTRATANTE não receba o aviso de pagamento até 5 (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.

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

19.3.4. 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.

19.3.5. 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.

19.3.6. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

19.4. DO ATRASO NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES

19.4.1. As mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais 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, pro rata die.

CLÁUSULA 20ª. DO REAJUSTE

20.1. DO REAJUSTE FINANCEIRO

20.1.1. O reajuste financeiro tomará como base a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços de Mercado) divulgado 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 da aplicação do reajuste por sinistralidade.

20.1.2. Além do reajuste aplicado com base no IGP-M, os preços das mensalidades serão ainda reajustados, observando-se a aplicação da fórmula abaixo sempre que o resultado da mesma for superior a zero.

$$RF = \left[\left(\frac{\text{Custo per capita}_i}{\text{Custo per capita}_{i-1}} \right) - 1 \right] \times 100\% - (\text{IGP M})$$

Onde:

- a)** Custo per capita = (total da despesa) / (nº total de clientes);
- 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)** Item de Despesa Assistencial: os itens de despesa serão aqueles definidos pela **UNIMED-RIO** e abrangerão o total das despesas assistenciais;
- f)** Nº de clientes: é definido como o beneficiário ativo durante o período de apuração das informações. O somatório dos beneficiários resulta no nº total de clientes;
- g)** 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;

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

20.1.4. Os valores das mensalidades relativas às inclusões de **BENEFICIÁRIOS TITULARES** e res-

pectivos **DEPENDENTES**, independentemente da data de ingresso no plano, serão reajustados quando do aniversário do contrato, unificando-se as respectivas datas-base.

20.1.5. 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.

20.1.6. 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.**

20.2. DO REAJUSTE TÉCNICO DA SINISTRALIDADE

20.2.1. Objetivando a manutenção do equilíbrio técnico-actuarial do contrato, anualmente, os preços poderão ser reajustados com base na sinistralidade acumulada.

20.2.2. Para efeitos do disposto neste item, entende-se por sinistralidade acumulada o resultado da divisão entre o somatório dos custos dos eventos (atendimentos) ocorridos (Si) e o somatório das respectivas mensalidades recebidas (Ri), no período em análise, conforme apurado na fórmula:

$$ISper = Si/Ri$$

Onde,

“i” representa o presente contrato, na hipótese de conter mais de 29 (vinte e nove) beneficiários, ou o Pool de Risco de Contratos, mencionado na subcláusula 20.4.1., na hipótese de conter menos de 30 (trinta) beneficiários.

20.2.3. Será considerado como período de apuração os 12 (doze) meses do período de análise da sinistralidade.

20.2.4. O reajuste técnico-actuarial será calculado de acordo com a seguinte fórmula:

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

Onde,

$$FR = ISper / ISmax$$

20.2.5. ISmax corresponde ao índice de sinistralidade máxima definida na proposta.

20.2.5.1. Na hipótese do presente contrato participar do Pool de Risco de Contratos, mencionado na subcláusula 20.4.1., o ISmax será de 70% (setenta por cento).

20.2.6. O reajuste previsto no item anterior só será aplicado quando (FR) for maior ou igual a 1.

20.3. DAS CONDIÇÕES PARA REAJUSTE

20.3.1. Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-actuarial do contrato.

20.3.2. Este contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato.

20.3.3. O reajuste integral dar-se-á na data de aniversário da vigência do contrato, independentemente da data de inclusão dos beneficiários.

20.3.4. Não haverá aplicação de reajustes diferenciados para este contrato.

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

20.4. DA FORMAÇÃO DO POOL DE RISCO

20.4.1. Caso o presente contrato, por ocasião da apuração descrita na subcláusula 20.4.2., possua menos de 30 (trinta) beneficiários inscritos, será agrupado com todos os demais contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários da carteira da UNIMED-RIO, para cálculo de reajuste, formando o denominado *Pool* de Risco.

20.4.1.1. Caso este contrato componha o denominado *Pool* de Risco, mencionado na subcláusula anterior, será aplicado o mesmo reajuste a ser aplicado a todos os contratos coletivos que formam o agrupamento.

20.4.2. Para definição da participação deste contrato no *Pool* de Risco, será apurada a quantidade de beneficiários, no último dia do mês de seu aniversário referente ao ano anterior à data de aplicação do reajuste.

20.4.2.1. Excepcionalmente, para efeitos de aplicação do primeiro reajuste com base na metodologia estabelecida para os contratos coletivos que compõem o *Pool* de Risco, será considerada a quantidade de beneficiários inscritos na data de implantação do contrato.

20.4.2.2. A apuração da quantidade de beneficiários do contrato irá considerar todos os planos a ele vinculados.

20.4.3. Caso este contrato se enquadre no agrupamento de acordo com os critérios estabelecidos na subcláusula 20.4.2 sofrerá o reajuste único calculado através da formulação constante nas subcláusulas 20.1. e 20.2. considerando, contudo, o comportamento das despesas e receitas do agrupamento *Pool* de Riscos, incluindo aí todos os contratos coletivos pertencentes ao *Pool* de Risco.

20.4.4. Caso este contrato não se enquadre no agrupamento de acordo com os critérios estabelecidos na subcláusula 20.4.2, o cálculo do reajuste seguirá a formulação descrita nas subcláusulas 20.1. e 20.2., considerando, contudo, o comportamento das despesas e receitas unicamente deste contrato, não se aplicando os critérios previstos para o *Pool* de Risco.

CLÁUSULA 21ª. DAS FAIXAS ETÁRIAS

21.1. Para efeito deste contrato, 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.

21.1.1. 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 previstos na Proposta, que é parte integrante do presente contrato.

21.1.2. Os percentuais aplicados seguirão as seguintes regras:

- a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária; e
- b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

21.2. 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.

CLÁUSULA 22ª. DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

22.1. DA CONTINUIDADE DAS COBERTURAS POR EXONERAÇÃO OU DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA – BENEFÍCIO DEMITIDO

22.1.1. 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.**

22.1.2. Para ter direito ao benefício, o ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa deverá optar pela manutenção da condição de beneficiário **no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do comunicado inequívoco da CONTRATANTE, que será formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.**

22.1.3. A CONTRATANTE obriga-se, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, a oferecer ao ex-empregado exonerado e ao demitido sem justa causa a manutenção no mesmo plano, sendo observada a mesma segmentação e cobertura, bem como as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador do plano, quando houver, em que o mesmo se encontrava antes do desligamento.

22.1.4. 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.

22.1.5. Em falecendo o BENEFICIÁRIO TITULAR, aos DEPENDENTES eventualmente inscritos, fica assegurada a permanência até o término do prazo fixado acima.

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

22.1.7. Fica assegurada a inclusão na qualidade de BENEFICIÁRIOS TITULARES dos demitidos ou exonerados que tenham tido vínculo anterior com a CONTRATANTE e que estejam, no momento da celebração deste contrato, em gozo pleno dos benefícios previstos no art. 30 da Lei 9.656/98 e na Resolução Normativa nº 195/09, através da manutenção da assistência médica propiciada por outra operadora de planos de assistência à saúde, devendo, para tanto, comprovar ter atendido integralmente todos os pré-requisitos para o gozo do benefício.

22.1.7.1. Para efeitos do disposto na cláusula acima, fica estabelecido que o prazo de permanência no plano da CONTRATADA será igual ao tempo de direito ao benefício subtraído do prazo já cumprido na operadora anterior.

22.1.7.2. Findo o prazo previsto, cessará para todos os fins legais o direito do BENEFICIÁRIO TITULAR e respectivos DEPENDENTES em permanecerem inscritos no plano, ficando facultada a possibilidade de contratação de um plano individual da CONTRATADA, com o aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos, observando-se todas as condições contratuais dessa modalidade de contratação.

22.1.8. 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.

22.2. DA CONTINUIDADE DAS COBERTURAS POR APOSENTADORIA – BENEFÍCIO APOSENTADO

22.2.1. 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 pelo tempo que quiser ou enquanto o contrato estiver em vigor.

22.2.2. O BENEFICIÁRIO TITULAR que contribuir por prazo inferior a 10 (dez) anos terá assegurado o direito de manutenção da qualidade de beneficiário de um ano para cada ano de contribuição.

22.2.3. Para ter direito ao benefício, o ex-empregado aposentado deverá optar pela manutenção da condição de beneficiário no **prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do comunicado inequívoco da CONTRATANTE, que será formalizado no ato da comunicação da aposentadoria.**

22.2.4. A CONTRATANTE obriga-se, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, a oferecer ao ex-empregado aposentado a manutenção no mesmo plano, sendo observada a mesma segmentação e cobertura, bem como as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador do plano em que o mesmo se encontrava antes do desligamento.

22.2.5. Em falecendo o BENEFICIÁRIO TITULAR, aos DEPENDENTES eventualmente inscritos fica assegurada a permanência até o término do prazo a que o BENEFICIÁRIO TITULAR teria direito.

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

22.2.7. Fica assegurada a inclusão na qualidade de BENEFICIÁRIOS TITULARES dos aposentados que tenham tido vínculo anterior com a CONTRATANTE e que estejam, no momento da celebração deste contrato, em gozo pleno dos benefícios previstos no art. 31 da Lei 9.656/98 e na Resolução Normativa nº 195/09, através da manutenção da assistência médica propiciada por outra operadora de planos de assistência à saúde, devendo, para tanto, comprovar ter atendido integralmente todos os pré-requisitos para o gozo do benefício.

22.2.8. Para efeitos do disposto na cláusula acima, fica estabelecido que o prazo de permanência no plano da CONTRATADA será igual ao tempo de direito ao benefício subtraído do prazo já cumprido na operadora anterior.

22.2.9. Findo o prazo previsto, cessará para todos os fins legais o direito do BENEFICIÁRIO TITULAR e respectivos DEPENDENTES em permanecerem inscritos no plano, ficando facultada a possibilidade de contratação de um plano individual da CONTRATADA, com o aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos, observando-se todas as condições contratuais dessa modalidade de contratação.

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

22.3. DO GOZO DO BENEFÍCIO APOSENTADO, EXONERADO E DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

22.3.1. Para a consecução dos objetivos previstos nos artigos 30 e 31, da Lei Federal nº 9.656/98, assim como dos benefícios para os exonerados, demitidos sem justa causa e aposentados, a CONTRATANTE concorda em permitir aos seus ex-empregados exonerados, demitidos sem justa causa e aposentados, **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.

22.3.2. A manutenção da condição de BENEFICIÁRIO TITULAR poderá ser exercida individualmente, com parte do grupo familiar ou com todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato

de trabalho, desde que o **BENEFICIÁRIO TITULAR** assuma o pagamento integral do valor da mensalidade correspondente às respectivas faixas etárias.

22.3.3. Não caracteriza participação financeira, a coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto do contrato, bem como as mensalidades pagas exclusivamente para os DEPENDENTES.

22.3.4. É assegurada, ao ex-empregado exonerado, demitido sem justa causa ou aposentado, a manutenção no mesmo plano de saúde ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para os planos de que tenha participado.

22.3.5. As mensalidades correspondentes 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.

22.3.6. 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 2ª via, promovendo, no prazo, o pagamento da mensalidade, sob pena de ficarem sujeitos à multa e aos encargos moratórios previstos no contrato.

22.3.7. Se as mensalidades permanecerem sem pagamento por prazo igual ou superior a 5 (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.

22.3.8. 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.

22.3.9. A UNIMED-RIO disponibilizará plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de titulares, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. 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 os **períodos de carência já cumpridos para fins de compensação das carências e o tempo de permanência na presente contratação, para fins de aplicação de coberturas parciais temporárias, desde que o novo produto seja equivalente ao que possuíam.**

22.4. DO CRITÉRIO PARA A DETERMINAÇÃO DO PREÇO ÚNICO

22.4.1. O preço será calculado em dez faixas etárias e de acordo com a legislação vigente, levando-se em consideração a frequência de utilização e os custos médios, que terão variações conforme a idade do beneficiário.

22.4.2. Os preços dos contratos comercializados em preço único serão estabelecidos através da ponderação dos preços em faixa etária pelo perfil etário informado no momento da negociação.

22.4.3. Os percentuais de reajuste por variação de faixa etária para os beneficiários inativos estarão previstos na Proposta Contratual.

22.5. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

22.5.1. A CONTRATANTE obriga-se, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, a dar ciência aos seus ex-empregados exonerados, demitidos sem justa causa e aposentados da existência deste benefício, que permite aos mesmos permanecerem como beneficiários da UNIMED-RIO, enquanto for vigente o contrato, observadas as condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação.

22.5.2. A CONTRATANTE obriga-se, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, a apresentar à UNIMED-RIO as seguintes informações sobre a exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR, sob pena de não se realizar a exclusão:

- a) se a exclusão foi decorrente de exoneração, demissão sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o beneficiário exonerado ou demitido sem justa causa era aposentado quando da exoneração ou demissão;
- c) se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano;
- d) por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

22.5.3. Juntamente com a relação mencionada acima, a CONTRATANTE entregará à UNIMED-RIO, cópia da manifestação expressa firmada pelo ex-empregado aposentado, demitido sem justa causa ou exonerado, em resposta ao comunicado da CONTRATANTE, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, 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 comunicação inequívoca da CONTRATANTE ao BENEFICIÁRIO TITULAR, sob pena de a UNIMED-RIO não se responsabilizar pelo benefício previsto nessa cláusula.

22.5.4. A CONTRATANTE obriga-se a entregar mensalmente relação contendo nome e qualificação completa de todos os beneficiários empregados, que tenham sido aposentados, demitidos sem justa causa ou exonerados 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.

22.6. DA POSSIBILIDADE DO EMPREGADOR SUBSIDIAR O PLANO DE DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA, EXONERADOS E APOSENTADOS.

22.6.1. Poderá o empregador subsidiar parte dos valores correspondentes à manutenção da condição de beneficiário demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado, no mesmo plano em que se encontrava quando da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, mediante assinatura do Termo de Participação Financeira do Empregador.

22.6.2. O critério a ser adotado na participação financeira do empregador será negociado entre as partes, tendo em vista a facultatividade desta participação.

22.7. DA PERDA DO BENEFÍCIO APOSENTADO, EXONERADO E DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

22.7.1. Cessará a qualidade de BENEFICIÁRIO assegurada para os demitidos sem justa causa, exonerados e aposentados:

- a) pelo decurso dos prazos de duração do benefício a serem informados, aos BENEFICIÁRIOS TITULARES no momento de sua aceitação;
- b) pela admissão do beneficiário exonerado ou demitido sem justa causa em novo emprego que constitua um novo vínculo profissional e que possibilite o seu ingresso em um plano de saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- c) pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e/ou ex-empregados.

CLÁUSULA 23ª. DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

23.1. DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

23.1.1. A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR, que só poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, 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, mediante prévia e expressa solicitação da CONTRATANTE à UNIMED-RIO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR.

23.1.2. As exclusões deverão ser solicitadas e entregues na UNIMED-RIO respeitando os prazos constantes do calendário de implantação cadastral entregue à CONTRATANTE. As solicitações entregues após estes prazos serão processadas somente para a fatura do mês posterior, não havendo qualquer devolução das mensalidades pagas anteriormente.

23.1.3. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES serão excluídos nas seguintes situações:

- a) o cônjuge, com o término do vínculo conjugal;**
- b) o companheiro, com o fim da união estável;**
- c) os filhos solteiros, filhos do companheiro, enteados, tutelados e os menores sob guarda por força de decisão judicial, quando completarem 25 (vinte e cinco) anos;**
- d) filhos inválidos, quando cessar a invalidez;**
- e) a qualquer momento a pedido da CONTRATANTE.**

23.1.4. 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.

23.1.4.1. 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.

23.1.5. A UNIMED-RIO poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, independente de prévio comunicado à CONTRATANTE na ocorrência de fraude ou por perda dos vínculos do BENEFICIÁRIO TITULAR com a CONTRATANTE ou de dependência, ressalvados os artigos 30 e 31, da Lei Federal nº 9.656/98.

23.1.6. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES que perderem a condição de dependência serão excluídos. Exceção feita aos filhos solteiros que completarem a idade limite durante a vigência do contrato, que poderão permanecer no plano, desde que haja o interesse da CONTRATANTE.

23.1.7. 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 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.

CLÁUSULA 24ª. DA RESCISÃO/SUSPENSÃO

24.1. DA RESCISÃO IMOTIVADA:

24.1.1. O contrato só poderá ser rescindido imotivadamente por quaisquer das partes após o período da vigência mínima de 12 (doze) meses e desde que haja notificação prévia, por escrito, com pelo menos 60 (sessenta) dias de antecedência.

24.1.2. 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, ainda cobradas posteriormente à sua rescisão.**

24.1.3. Feita a notificação de denúncia imotivada, não serão admitidas inclusões e exclusões de beneficiários.

24.1.4. Nos casos de rescisão imotivada por parte da CONTRATANTE, antes do período mínimo de vigência, será devida multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades devidas até o término do referido prazo de vigência mínima. As mensalidades devidas serão calculadas com base na média das mensalidades pagas até a data do cancelamento.

24.2. DA RESCISÃO MOTIVADA:

24.2.1. Rescinde-se também o contrato, mediante prévia notificação nos casos de fraude, por extinção, independente do prazo de vigência e de notificação judicial ou extrajudicial, considerando-se dentre outras, as situações abaixo:

- a) caso as partes não cheguem a um consenso quanto à revisão de preços em decorrência da mudança do perfil etário dos beneficiários;**
- b) qualquer ato ilícito civil ou penal** praticado pela CONTRATANTE, em prejuízo da UNIMED-RIO;
- c) omissão ou distorção de informações** que caracterize fraude em prejuízo da UNIMED-RIO;
- d) a qualquer momento se as partes não cumprirem fielmente suas cláusulas e condições, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento;**
- e) se no decorrer da relação contratual houver menos de 30 (trinta) beneficiários inscritos; e**
- f) 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 e hospitalares porventura realizadas no período de inadimplência.**

24.2.2. 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. Para tanto, a CONTRATADA notificará a CONTRATANTE com até 30 (trinta) dias de antecedência.

24.2.3. Na hipótese de remanescerem menos de 30 (trinta) beneficiários no contrato, a CONTRATANTE poderá assinar um novo contrato destinado para empresas de até 29 (vinte e nove) beneficiários, observando-se as condições específicas para este tipo de contratação, inclusive no que diz respeito aos preços por faixa etária e quantidade mínima de beneficiários.

24.3. DA SUSPENSÃO DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL

24.3.1. A UNIMED-RIO suspenderá toda e qualquer movimentação contratual, se alguma mensalidade permanecer sem pagamento, por prazo igual ou superior a 10 (dez) dias, não se responsabilizando por inclusões não efetivadas e por despesas realizadas pelos beneficiários não incluídos, durante o período do inadimplemento.

24.3.2. O pagamento do reembolso dos procedimentos realizados durante o período de inadimplência também será suspenso.

24.3.3. Nas hipóteses acima, a CONTRATANTE se compromete a informar essa suspensão a todos os seus beneficiários inscritos.

24.4. DA NÃO ASSUNÇÃO DAS DESPESAS COM O ATENDIMENTO

24.4.1. Se as mensalidades permanecerem sem pagamento por prazo igual ou superior a 5 (cinco) dias, a UNIMED-RIO poderá adotar, a seu critério, a não assunção das despesas com todo e qual-

quer atendimento que esteja sendo obtido ou que venha a ser obtido pelos beneficiários desta contratação, até a liquidação do débito, comprometendo-se, nessa hipótese, a CONTRATANTE a informar essa não assunção a todos os seus beneficiários inscritos.

CLÁUSULA 25ª. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1. DAS DEFINIÇÕES

25.1.1. 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) 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;

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

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

e) 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;

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

g) 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;

h) 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;

i) 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;

j) 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 inclusão de cada beneficiário inscrito; plano e opcionais contratados; seus respectivos preços; Coberturas Parciais Temporárias e respectivos prazos de vigência; prazos de carência, entre outros;

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

l) Coparticipação 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;

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

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

o) 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 pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

p) 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;

q) 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);

r) 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;

s) 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;

t) Proposta Contratual 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;

u) Prótese é qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

v) 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;

w) 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 de reembolso nas hipóteses expressamente previstas neste contrato;

x) 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 de reembolso nas hipóteses expressamente previstas neste contrato;

y) 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;

z) Acompanhamento clínico pós-operatório é aquele que compreende não só o pós-operató-

rio imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

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

bb) Medicamento Fracionado é o medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

25.2. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

25.2.1. Após a inclusão dos beneficiários, a UNIMED-RIO encaminhará à CONTRATANTE, para distribuição aos BENEFICIÁRIOS TITULARES, 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 prazo de validade do cartão e o plano contratado;

b) o **Guia de Leitura Contratual – GLC**, 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. Este guia será entregue exclusivamente aos BENEFICIÁRIOS TITULARES;

c) o **Guia Médico**, quando feita expressamente a opção pelo CONTRATANTE para encaminhamento, onde consta a relação de médicos cooperados por especialidade, hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros, classificados de acordo com o padrão de rede assistencial. **Este guia será entregue exclusivamente aos BENEFICIÁRIOS TITULARES; e**

d) o **Guia Odontológico**, quando feita expressamente a opção pelo CONTRATANTE para encaminhamento, onde consta a relação de odontólogos por especialidade. **Este guia será entregue exclusivamente aos BENEFICIÁRIOS TITULARES contratantes de produto com cobertura odontológica.**

25.3. DA ESCOLHA DO PLANO

25.3.1. 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, 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.

25.4. DOS PLANOS CONTRATUAIS

25.4.1. DOS PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS COM ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA NACIONAL

25.4.1.1. Os planos Unimed Alfa 2, Unimed Beta 2, Unimed Delta 2 e Unimed Ômega Plus asseguram, dentro do território nacional, **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos) e **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas).

25.4.1.2. Os planos Unimed Alfa 2 Dental, Unimed Beta 2 Dental, Unimed Delta 2 Dental e Unimed Ômega Plus Dental asseguram, dentro do território nacional, **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos), **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e **assistência odontológica.**

25.4.1.3. Os planos Unimed Alfa 2 e Unimed Alfa 2 Dental asseguram direito à acomodação em quarto coletivo (enfermaria), conforme o padrão da rede assistencial Alfa 2.

25.4.1.4. Os planos Unimed Beta 2 e Unimed Beta 2 Dental asseguram direito à acomodação em quarto individual com banheiro privativo, conforme o padrão da rede assistencial Beta 2.

25.4.1.5. Os planos Unimed Delta 2 e Unimed Delta 2 Dental asseguram direito à acomodação em quarto individual com banheiro privativo, conforme o padrão da rede assistencial Delta 2.

25.4.1.6. Os planos Unimed Ômega Plus e Unimed Ômega Plus Dental asseguram direito à acomodação em quarto individual com banheiro privativo, conforme o padrão da rede assistencial Ômega Plus.

25.4.1.7. O plano Unimed Ômega Platinum assegura, dentro do território nacional, **assistência ambulatorial, assistência hospitalar com obstetrícia e direito ao reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas pelo sistema de livre-escolha de prestadores de acordo com os múltiplos de reembolso contratados** e conforme previsto neste contrato.

25.4.1.8. O plano Unimed Ômega Platinum Dental assegura, dentro do território nacional, assistência ambulatorial, **assistência hospitalar com obstetrícia e assistência odontológica e direito ao reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas pelo sistema de livre-escolha de prestadores de acordo com os múltiplos de reembolso contratados** e conforme previsto neste contrato.

25.4.1.9. Os planos Unimed Ômega Platinum e Unimed Ômega Platinum Dental asseguram direito à acomodação em quarto individual com banheiro privativo, conforme o padrão da rede assistencial Ômega Platinum.

25.5. DAS TRANSFERÊNCIAS DE PLANOS

25.5.1. 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 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, de 300 (trezentos) dias para parto a termo e de 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, 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 e/ou tipo de acomodação para padrão inferior, os beneficiários aproveitarão os períodos de carência, já cumpridos, sem interrupção do atendimento que estiver sendo prestado;

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

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

25.6. DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS

25.6.1. 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:

25.6.2. DO SEGURO POR MORTE NATURAL OU MORTE ACIDENTAL

25.6.2.1. 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 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.

25.6.2.2. Para efeito deste contrato, na ausência de indicação expressa daqueles que serão Favorecidos com o benefício constante desta cláusula, 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 (o) registrada (o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis. | 50% (cinquenta por cento) a(o) companheira (o) e 50% (cinquenta por cento) aos filhos. |
| 3. Viúvo (a), divorciado (a), separado (a) judicialmente, solteiro (a), sem filhos e com companheira (o) registrada (o) 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. |

25.6.2.3. O **BENEFICIÁRIO TITULAR** poderá a qualquer tempo solicitar por escrito a alteração dos seus Favorecidos.

25.6.2.4. Para fazer jus ao benefício, os Favorecidos do BENEFICIÁRIO 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.**

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

25.6.2.6. 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 consequências;**
- 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 consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- k) parto, aborto e suas consequências;**
- 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 consequências;**
- 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; e**
- q) uso de material nuclear.**

25.6.2.7. O atraso nos pagamentos das mensalidades do plano de assistência médica e hospitalar objeto deste contrato implicará a suspensão da cobertura do seguro previsto nesta cláusula até que os mesmos sejam regularizados.

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

25.6.2.9. 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, independente de qualquer aviso prévio.

25.7. DAS DEMAIS CONDIÇÕES

25.7.1. 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 carência e 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.

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

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

25.7.4. 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.

25.7.5. 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.

25.7.6. A UNIMED-RIO poderá disponibilizar acessos eletrônicos, tais como site (sítio), e-mail (correio eletrônico), sms (serviço de mensagem curta), fax (telefacímile), entre outros exemplos, que visem facilitar o relacionamento entre a Operadora e o BENEFICIÁRIO e/ou a CONTRATANTE, possibilitando a atualização de informações e/ou fornecimento de meios para a regular utilização da assistência médica e hospitalar contratada.

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

25.7.8. Integram este instrumento, para todos os fins de direito: a Proposta Contratual, 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.

25.7.9. As cláusulas e condições deste instrumento encontram-se registradas no Cartório de 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 1055699.

25.7.10. 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.

25.7.11. 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.