



CORPORATIVO

Coletivo Empresarial
Unimed Ômega Plus

Unimed 
Rio

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 Produto na ANS -----	03
Cláusula 4ª. Do Tipo de Contratação -----	03
Cláusula 5ª. Da Segmentação Assistencial do Produto -----	03
Cláusula 6ª. Da Área Geográfica de Abrangência e da Área de Atuação do Produto -----	03
Cláusula 7ª. Do Padrão de Acomodação em Internação-----	03
Cláusula 8ª. Da Formação do Preço -----	03
Cláusula 9ª. Dos Atributos do Contrato-----	03
Cláusula 10ª. Das Condições de Admissão -----	04
Cláusula 11ª. Das Coberturas e Procedimentos Garantidos-----	06
Cláusula 12ª. Das Exclusões de Cobertura-----	12
Cláusula 13ª. Da Duração do Contrato -----	13
Cláusula 14ª. Dos Períodos de Carência -----	14
Cláusula 15ª. Das Doenças e Lesões Preexistentes -----	14
Cláusula 16ª. Do Atendimento de Urgência e Emergência -----	16
Cláusula 17ª. Dos Mecanismos de Regulação -----	18
Cláusula 18ª. Da Formação do Preço e Mensalidade -----	21
Cláusula 19ª. Do Reajuste -----	22
Cláusula 20ª. Das Faixas Etárias -----	25
Cláusula 21ª. Das Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos-----	25
Cláusula 22ª. Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário -----	29
Cláusula 23ª. Da Rescisão/Suspensão-----	30
Cláusula 24ª. Das Disposições Gerais -----	31
Cláusula 25ª. Da Eleição de Foro -----	35

UNIMED ÔMEGA PLUS CORPORATIVO

VERSÃO
11/2018

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, 105 e 108, 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, doravante denominada simplesmente UNIMED-RIO.

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 Contratual.

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

Nome Comercial do Produto	Nº de Registro na ANS
Unimed Ômega Plus	467.662/12-9

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, conforme estabelecido na Cláusula 9ª “DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO”.

CLÁUSULA 5ª. DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PRODUTO

5.1. Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

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

6.1. Nacional.

CLÁUSULA 7ª. DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

7.1. Internação em quarto individual.

CLÁUSULA 8ª. DA FORMAÇÃO DO PREÇO

8.1. O preço será preestabelecido, ou seja, o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da assistência contratada.

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 “Unimed Ômega Plus – Corporativo – Versão 11/2018” 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., agindo como mandatária dos seus médicos cooperados, têm

justa e acordada a prestação de assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia, observado o produto contratado, na forma das cláusulas e condições a seguir.

9.2. O presente contrato é de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também 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, observadas as condições do produto contratado, 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, credenciada ou contratada, **desde que a CONTRATANTE esteja sediada e/ou estabelecida no município do Rio de Janeiro ou no município de Duque de Caxias 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 no produto contratado.

9.5. A CONTRATANTE poderá incluir, por ocasião da celebração deste contrato ou durante sua vigência, outras coberturas opcionais que estiverem sendo oferecidas pela UNIMED-RIO, mediante pagamento do valor a elas correspondente.

9.6. As condições de serviços adicionais, doravante denominados OPCIONAIS, quando contratados, constarão em documentação própria e serão devidamente assinadas pela CONTRATANTE em documento próprio a ser incorporado ao presente contrato.

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 – são as pessoas físicas que possuem grau de parentesco com o BENEFICIÁRIO TITULAR, assim definidos: cônjuge ou companheiro; filhos solteiros do TITULAR ou do companheiro com idade inferior a 25 (vinte e cinco) anos; tutelados; menores sob guarda por força de decisão judicial; 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 na Cláusula 10ª “DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO” 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 contidas na Cláusula 10ª “DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO” 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, 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 14ª “DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA” e de Cobertura Parcial Temporária estabelecida na Cláusula 15ª “DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES”.**

10.4. DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL

10.4.1. A assistência deste instrumento será prestada aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos, a partir da data de movimentação escolhida pela CONTRATANTE, sendo esta data o início de cobertura dos mesmos, cumprindo-se as carências eventualmente aplicadas, **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 e o grau de parentesco.

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 14ª “DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA” e de Cobertura Parcial Temporária estabelecida na Cláusula 15ª “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 14ª “DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA”. Exceção feita aos seguintes casos:

- a) cônjuge ou companheiro(a),** aproveitando-se para ele(a) 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 ou do início da união estável devidamente comprovada mediante apresentação da Escritura Pública Declaratória de União Estável, 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 e que o BENEFICIÁRIO TITULAR já tenha cumprido, no mínimo, 180 (cento e oitenta) dias de carência. Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR não tenha cumprido o mínimo de 180 (cento e oitenta) dias de carência, o recém-nascido aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR;**
- c) filho adotivo com idade de até 12 (doze) anos que tenha sido adotado, ou sob guarda ou tutela, durante a vigência deste contrato, aproveitando-se para ele os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável, conforme o caso, 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, guarda ou tutela; e**
- d) filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo BENEFICIÁRIO pai.**

10.4.5. Fica assegurado a CONTRATANTE o direito a inclusão e à exclusão de BENEFICIÁRIOS, durante a vigência do contrato, respeitando-se a data escolhida pela CONTRATANTE, sendo esta data o início ou fim de cobertura para o BENEFICIÁRIO que cumprirá as carências eventualmente aplicadas.

10.4.5.1. As movimentações deverão ser solicitadas à UNIMED-RIO até 28 (vinte e oito) dias antes do vencimento da próxima fatura. As movimentações entregues após este prazo serão faturadas na competência do mês posterior.

10.4.5.2. A exclusão, a pedido do BENEFICIÁRIO TITULAR, dar-se-á diretamente à CONTRATANTE ou à UNIMED-RIO, observando-se o disposto nesta cláusula e na legislação vigente.

10.4.5.3. A cobrança da mensalidade será realizada através de *pro rata die*, de acordo com a data de início de cobertura do BENEFICIÁRIO e data de vigência do 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 produto 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 12ª “DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA”**, sendo observado ainda 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, além da rede de prestadores vinculada ao produto contratado e suas demais condições.

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

11.3. DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

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

11.3.2. Das Consultas

11.3.2.1. 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, desde que dentro das áreas de ação das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, por médicos cooperados e pertencentes a estas cooperativas, de acordo com a área de abrangência do produto;
- c)** em número ilimitado **em clínicas básicas e especializadas credenciadas para o produto contratado**, 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.

11.3.3. Dos Exames Complementares, Procedimentos e Tratamentos

11.3.3.1. Está garantida a cobertura dos itens a seguir relacionados, que deverão ser realizados nos prestadores credenciados para o produto contratado mediante pedido por escrito do médico ou cirurgião-dentista assistente devidamente habilitado e desde que seja previamente autorizado pela UNIMED-RIO, respeitando **o cumprimento das carências fixadas neste contrato e das Coberturas Parciais Temporárias que 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 ou 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, eletronterapia, 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) taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde e prestadores de serviços de saúde;
- 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, **assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso**, 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.

11.4. DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

11.4.1. 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, credenciadas para o produto contratado e 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, à 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 individual;
- f) acomodação para 1 (um) acompanhante do BENEFICIÁRIO internado, **independente da idade deste, quando contratado produto com acomodação em quarto individual;**
- g) acomodação e alimentação necessária à permanência de 1 (um) acompanhante do BENEFICIÁRIO internado, **menor de 18 (dezoito) anos de idade ou a partir de 60 (sessenta) anos, assim como os portadores de necessidades especiais, salvo contra indicação 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 (allogênico), 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 o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), 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-ão ao critério de fila única de espera e de seleção. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT, não havendo por parte da UNIMED-RIO qualquer ingerência sobre a referida fila única;

m) cobertura da 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 utilizados 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, observadas as seguintes regras:

- em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e, **portanto, não são cobertos pelo presente contrato.**

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

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

- hemodiálise e 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 12ª “DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA”;**

- q)** os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada;
- r)** 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;
- s)** atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- t)** oxigenoterapia hiperbárica, na forma indicada nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;
- u)** implante de Dispositivo Intra Uterino (DIU), incluindo o dispositivo;
- v)** 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 do beneficiário, 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.
- w)** 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 do beneficiário, 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; e
 - seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão; e avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente.

11.4.2. 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 produto contratado.

11.4.2.1. 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.

11.4.3. 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.

11.4.3.1. 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.

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

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

11.5. DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA

11.5.1. 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.

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

11.5.2.1. Entende-se por 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 proporcionar ao BENEFICIÁRIO a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

11.6. DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

11.6.1. Estão garantidos os seguintes atendimentos médicos e hospitalares relacionados a seguir:

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 1 (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; e

d) cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR ou de seu dependente **que já tenha cumprido, no mínimo, 180 (cento e oitenta) dias de carência. Caso contrário, o recém-nascido terá cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR ou dependente.**

11.7. DO ATENDIMENTO PARA ACIDENTE DE TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

11.7.1. Estão garantidos os atendimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde relacionados a acidentes de trabalho e à saúde ocupacional, bem como suas consequências, **observando-se a segmentação do produto contratado e as exclusões previstas na Cláusula 12ª “DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA”.**

11.7.2. 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 para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, 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 14ª “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 extraordinárias do BENEFICIÁRIO e/ou acompanhante, inclusive telefonia, TV e internet, artigos de toilet, frigobar, perfumaria, embelezamento, restaurante, lanchonete, estacionamento e atividades para fins estéticos;**
- k) inseminação artificial;**
- l) necropsias;**
- m) 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;**
- n) remoção, ressalvadas as hipóteses expressamente previstas neste contrato;**

- o) 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;**
- p) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
- q) 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;**
- r) procedimentos, exames, atendimentos ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência contratada;**
- s) procedimentos de vasectomia nos seguintes casos:**
 - **durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico; e**
 - **em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.**
- t) procedimentos de laqueadura nos seguintes casos:**
 - **durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;**
 - **através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;**
 - **quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente; e**
 - **em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.**
- u) internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- v) fornecimento de medicamentos que não atendam às regras estabelecidas no Rol vigente à época do evento ou aos demais normativos referenciados no mesmo;**
- 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) todos os procedimentos da segmentação odontológica; 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 deste contrato constará na Proposta Contratual.

13.2. O contrato terá vigência mínima de 12 (doze) meses contados a partir do início da vigência prevista na Proposta Contratual, 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 data de inclusão de cada BENEFICIÁRIO, em que o BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou demais BENEFICIÁRIOS ainda não gozam do direito de utilizar as coberturas asseguradas pelo produto 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) 300 (trezentos) dias** para parto a termo; e
- c) 180 (cento e oitenta) dias** para os demais casos.

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 10ª “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 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 Doenças ou Lesões 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 da UNIMED-RIO, o BENEFICIÁRIO TITULAR assumirá as despesas daí decorrentes. Se preferir recorrer à ajuda de médico cooperado da UNIMED-RIO estabelecido no município de Duque de Caxias ou no município do Rio de Janeiro por meio de uma entrevista qualificada, efetuará o pagamento da consulta e entregará o recibo à UNIMED-RIO, por intermédio da CONTRATANTE. 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 TITULAR 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 referida Doença ou Lesão Preexistente será aplicada a Cobertura Parcial Temporária.

Fica estipulado que em hipótese alguma será oferecido o agravo aos BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES, como opção à aplicação da Cobertura Parcial Temporária.

15.5.1. Doença ou Lesão Preexistente é aquela que o BENEFICIÁRIO ou seu representante devidamente habilitado saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao produto.

15.5.2. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é o período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses contados a partir da data de inclusão do BENEFICIÁRIO no produto, 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 do produto paga pelo BENEFICIÁRIO, para que tenha direito integral à cobertura para a Doença ou Lesão Preexistente declarada, após cumpridos 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 Doença ou Lesão Preexistente por ocasião da contratação do produto, a UNIMED-RIO comunicará ao BENEFICIÁRIO sobre a alegação de omissão de informações por meio 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 produto contratado; 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 excluir o BENEFICIÁRIO.

15.7.1. Na hipótese de exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR que possua DEPENDENTE(S) no contrato, aquele poderá transferir a titularidade para algum dos seus BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, mediante prévia e expressa solicitação da CONTRATANTE à UNIMED-RIO, **devendo fazê-lo formalmente, comprovando expressamente a anuência do novo titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da sua exclusão.**

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 deste contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

15.9. É vedada a alegação de omissão de informação de Doenças ou Lesões Preexistentes 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, observando-se os prazos de carência 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 daí decorrentes.** A UNIMED-RIO garantirá a remoção do paciente, por meio de ambulância devidamente equipada, para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS que disponha de recursos para continuidade do atendimento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nesta Unidade do SUS.

16.1.6.1. Se o BENEFICIÁRIO 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 da CONTRATANTE as despesas referentes a procedimentos de assistência médica e hospitalar que eventualmente venham a ocorrer após o atendimento ambulatorial, tais como atos cirúrgicos e internações, mesmo que realizados dentro do período das 12 (doze) horas.

16.1.7. A CONTRATADA garantirá os atendimentos de Urgência decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início 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 ao atendimento até a alta do BENEFICIÁRIO, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e/ou funções.

16.2. DO REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES

16.2.1. 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 produto contratado, o valor expresso na Tabela Médica de Referência para Reembolso – UNIMED-RIO, as carências contratuais, as Coberturas Parciais Temporárias, o custo dos atendimentos, a abrangência e demais condições do produto contratado.**

16.2.2. O reembolso será feito com a apresentação dos documentos previstos nesta cláusula e tomando como base os valores constantes da **Tabela Médica de Referência para Reembolso – UNIMED-RIO** vigente na data do evento, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias** contados a partir da apresentação das vias originais de todos os documentos a seguir:

- 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.

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

16.3. DA REMOÇÃO

16.3.1. Está garantida a remoção terrestre após o cumprimento dos períodos de carências previstos no contrato, desde que motivada por atendimento assegurado e 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 ou do município do Rio de Janeiro, e nas demais localidades para hospital dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, desde que vinculados ao produto contratado pelo BENEFICIÁRIO;
- 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 ou do município do Rio de Janeiro, e nas demais localidades para hospital dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, desde que vinculados ao produto contratado pelo BENEFICIÁRIO;
- c)** realizada entre estabelecimentos hospitalares pertencentes à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município de Duque de Caxias ou do município do Rio de Janeiro, e nas demais localidades para hospital dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, desde que vinculados ao produto contratado pelo BENEFICIÁRIO, 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 con-

tratado pelo BENEFICIÁRIO, para hospital pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situado dentro do município de Duque de Caxias ou do município do Rio de Janeiro, e nas demais localidades para hospital dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, desde que vinculados ao produto contratado pelo BENEFICIÁRIO, apto a realizar o devido atendimento, 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 ou do município do Rio de Janeiro, e nas demais localidades para hospital dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, desde que vinculados ao produto contratado pelo BENEFICIÁRIO, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

CLÁUSULA 17ª. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1. DAS CONDIÇÕES PARA O ATENDIMENTO

17.1.1. Para que os BENEFICIÁRIOS recebam a assistência contratada 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 da UNIMED-RIO, exceto nos casos de Urgência e Emergência em que houver a impossibilidade de utilização da rede própria, credenciada ou contratada;
- c) sejam respeitados os limites, as coberturas e todas as demais condições estipuladas para o produto ora contratado; e
- d) sejam apresentados o Cartão de Identificação emitido pela UNIMED-RIO com a validade em vigor no ato do atendimento e documento de identidade do BENEFICIÁRIO ou do responsável por este, oficialmente reconhecido em âmbito nacional e com foto.

17.1.2. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais **podem ser solicitados** pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição somente aos cooperados ou prestadores de serviços da rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO. **Os produtos sem a segmentação odontológica não possuem cirurgião-dentista em sua rede de prestadores de serviços.**

17.2. DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA COBERTURA DO PRODUTO

17.2.1. Os BENEFICIÁRIOS inscritos receberão atendimento dentro do território nacional, sendo a assistência médica, hospitalar e obstétrica prestada por intermédio 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 por intermédio de seus médicos cooperados e da sua rede própria, 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.

17.3. DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

17.3.1. 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.

17.3.1.1. A resposta à solicitação de autorização prévia será fornecida pela UNIMED-RIO no prazo máximo de 1 (um) dia útil ou, em prazo inferior, quando caracterizada a Urgência.

17.3.2. As consultas não necessitarão de autorização prévia.

17.4. DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM DESACORDO COM O PRODUTO CONTRATADO

17.4.1. A UNIMED-RIO não se responsabilizará em hipótese alguma pelos atendimentos realizados durante os períodos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária ou ainda que estejam em desacordo com o disposto no produto contratado, bem como por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com médicos cooperados ou não, hospitais ou entidades próprias, credenciadas, contratadas ou não, correndo essas despesas por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO TITULAR.

17.5. DA ATUALIZAÇÃO DA REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

17.5.1. Eventuais alterações na rede de prestadores de serviços de saúde da **UNIMED-RIO** serão realizadas em conformidade com os normativos em vigor junto à ANS. Nos casos de alteração da rede hospitalar, será observado o disposto no artigo 17 e parágrafos da Lei nº 9.656/98, com a comunicação prévia para a ANS nos casos de substituição de rede hospitalar ou autorização do órgão regulador nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.

17.5.1.1. Quando a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **UNIMED-RIO** durante o período de internação dos **BENEFICIÁRIOS**, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a respectiva internação e a **UNIMED-RIO** a arcar com as despesas relativas até a alta hospitalar do **BENEFICIÁRIO**, a qual deve ser definida a critério do médico, na forma deste contrato.

17.5.1.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante o período de internação dos **BENEFICIÁRIOS**, a **UNIMED-RIO** se responsabilizará pela transferência imediata dos respectivos para outro estabelecimento hospitalar equivalente, sem ônus adicional para a **CONTRATANTE**, de modo a garantir a continuação da assistência médica.

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

17.5.3. As alterações da rede de prestadores de serviços de saúde estarão disponíveis no endereço eletrônico www.unimedrio.com.br e na Central de Atendimento 24 horas da UNIMED-RIO conforme normativos em vigor.

17.6. DA PERDA OU EXTRAVIO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

17.6.1. Ocorrendo perda ou extravio do Cartão de Identificação emitido pela **UNIMED-RIO**, a **CONTRATANTE** deverá comunicar o fato a esta última imediatamente, 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.

17.6.2. Fica facultada à UNIMED-RIO a cobrança de taxa de emissão de segunda via do Cartão de Identificação, quando solicitada pela CONTRATANTE, conforme informação prévia.

17.7. DA INSPEÇÃO E PERÍCIA

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

17.8. DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

17.8.1. Caso haja divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto a partir da indicação clínica do profissional assistente, o impasse será resolvido através de Junta Médica, composta por 03 (três) profissionais, sendo um profissional escolhido pela UNIMED-RIO, outro pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos demais nomeados.

17.8.1.1. Os médicos escolhidos pela UNIMED-RIO e pelo BENEFICIÁRIO TITULAR serão de responsabilidade financeira de cada um, sendo que o profissional desempatador será remunerado pela UNIMED-RIO.

17.8.1.2. O desempatador da Junta deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento solicitado, de acordo com a definição do Conselho Federal de Medicina – CFM.

17.8.1.3. A Operadora deverá indicar 04 (quatro) profissionais para formação da Junta com suas devidas qualificações ou currículo profissional.

17.8.1.4. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a Junta, caberá à Operadora indicar imediatamente um profissional dentre os 04 (quatro) sugeridos.

17.8.1.5. Os profissionais sugeridos pela Operadora deverão ser preferencialmente, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou por associação médica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho.

17.8.1.6. A Operadora poderá firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em Juntas Médicas, hipótese que exclui a indicação prevista dos 04 (quatro) profissionais acima.

17.8.2. Caso haja divergência sobre cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- I** – caberá ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e
- II** – o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

17.8.3. A Operadora também deverá instaurar Junta Médica quando o profissional assistente não indicar as 03 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

17.9. DIRECIONAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE

17.9.1. As condições médicas a seguir terão cobertura para o atendimento exclusivamente por prestadores próprios ou credenciados, selecionados para tal e participantes de programas especiais de saúde da UNIMED-RIO:

- a)** Cirurgias cardiovasculares;
- b)** Cirurgias da coluna vertebral;
- c)** Cirurgias ortopédicas – próteses e substituição de qualquer articulação;
- d)** Embolização vascular cerebral;

- e) Implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco;
- f) Transplantes de córnea, medula e rim;
- g) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes;
- h) Tratamento cirúrgico da refração;
- i) Tratamento de quimioterapia e radioterapia; e
- j) Terapia renal substitutiva.

17.9.2. A UNIMED-RIO se reserva o direito de, a qualquer tempo, incluir outras condições médicas que poderão vir a ter cobertura para atendimento realizado exclusivamente por prestadores próprios ou credenciados, selecionados para tal e participantes de programas especiais de saúde da UNIMED-RIO, mediante informação prévia.

17.9.2.1. O processo para a análise da realização de procedimentos cobertos que envolvam as condições médicas dispostas nessa cláusula, poderão contemplar a solicitação de exames complementares, encaminhamento para unidades especiais próprias da UNIMED-RIO, bem como outras medidas que se façam necessárias, **visando sempre o atendimento às Diretrizes de Utilização dispostas no Rol de Procedimentos vigente à época do evento antes do procedimento ser de fato autorizado.**

17.9.3. A UNIMED-RIO cobrirá os custos médico-hospitalares de acordo com a rede credenciada estabelecida no Guia Médico, no site www.unimerio.com.br e nos termos do contrato, **podendo fazer o direcionamento para um prestador preferencial.**

17.9.4. A cobertura de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados **somente será autorizada dentro da rede credenciada para realização de transplante de órgãos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.**

CLÁUSULA 18ª. DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

18.1. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIMED-RIO, por seus BENEFICIÁRIOS inscritos, os valores constantes da Proposta Contratual ou no Termo de Inclusão de Produtos, relativos à inscrição e ao preço mensal dos BENEFICIÁRIOS, de acordo com o produto e opcionais contratados.

18.2. DO CÁLCULO DO PREÇO MENSAL POR BENEFICIÁRIO

18.2.1. Os preços mensais são fixados com base em cálculo atuarial, que leva em consideração os custos da assistência assegurada conforme o produto contratado, a frequência de utilização dos mesmos, as carências porventura aplicadas, sendo estabelecidos de acordo com a faixa etária de cada BENEFICIÁRIO inscrito.

18.2.2. Na hipótese da não inscrição do número de BENEFICIÁRIOS com o perfil etário apresentado na Proposta Contratual ou no Termo de Inclusão de Produtos, 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 destes à CONTRATANTE. A diferença apurada com base nessa adequação relativamente ao primeiro faturamento será cobrada imediatamente, por meio de fatura complementar com vencimento à vista.

18.3. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

18.3.1. A CONTRATANTE deverá quitar os valores devidos à UNIMED-RIO até a data do vencimento constante na Proposta Contratual 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.

18.3.1.1. O pagamento total dos valores devidos será de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 bem como de sua regulamentação.

18.3.2. Caso a CONTRATANTE não receba o aviso de pagamento até 05 (cinco) dias úteis 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.

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

18.3.4. 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.

18.3.5. 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. O acerto, verificada a sua procedência, será realizado na cobrança imediatamente a seguir.

18.3.6. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no contrato e àqueles a este já vinculados.

18.3.7. O pagamento referente a um determinado mês, não significa estarem pagos ou quitados os demais débitos.

18.3.8. O pagamento antecipado não elimina nem reduz os prazos de carência ou Coberturas Parciais Temporárias deste contrato.

18.4. DO ATRASO NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES

18.4.1. As mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais, estas quando contratadas, que não forem quitados até o vencimento estarão sujeitos 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*, referentes ao período entre o dia seguinte ao do vencimento e ao do efetivo pagamento.

CLÁUSULA 19ª. DO REAJUSTE

19.1. DO REAJUSTE FINANCEIRO

19.1.1. 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.

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

$$Reajuste = \left[\left(\frac{\text{Custo por cliente}_{\text{Período } i}}{\text{Custo por cliente}_{\text{Período } i-1}} \right) - 1 \right] \times 100\% - (\text{IGP M})$$

Onde:

- a)** Custo por Cliente = (total da despesa) / (nº total de clientes);
- b)** Total de Despesa: é o gasto total da Operadora nos itens de despesas assistenciais e não assistenciais expresso em reais;
- c)** Despesas Assistenciais: são aquelas decorrentes exclusivamente da prestação direta da assistência médica e hospitalar ao BENEFICIÁRIO;
- d)** Despesas Não Assistenciais: valor total com despesas administrativas e outras não relacionadas à prestação da assistência médica e hospitalar direta ao BENEFICIÁRIO;
- e)** Itens de Despesas Assistenciais: 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; e
- 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.

19.1.3. O reajuste financeiro será aplicado anualmente ou na menor periodicidade possível, permitida por Lei.

19.1.4. Os valores das mensalidades relativos aos **BENEFICIÁRIOS TITULARES** e respectivos **DEPENDENTES**, independente da data de inclusão, serão reajustados quando do aniversário do contrato, unificando-se as respectivas datas-base.

19.1.5. O valor pago a título de inscrição dos BENEFICIÁRIOS será reajustado financeiramente pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência contratada.

19.1.6. 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.**

19.2. DO REAJUSTE TÉCNICO DA SINISTRALIDADE

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

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

$$IS_{per} = S_i/R_i$$

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 19.4.1., na hipótese de conter menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS.

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

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

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

Onde,

$$\text{FR} = \text{ISper} / \text{ISmax}$$

19.2.5. ISmax corresponde ao índice de sinistralidade máxima definida na Proposta Contratual ou no Termo de Inclusão de Produtos.

19.2.5.1. Na hipótese do presente contrato participar do Pool de Risco de Contratos, mencionado na subcláusula 19.4.1., o ISmax será de 70% (setenta por cento).

19.2.6. O reajuste previsto no item anterior só será aplicado **quando (FR) for maior que 1.**

19.2.7. O reajuste técnico será aplicado anualmente ou na menor periodicidade possível, permitida por Lei.

19.3. DAS CONDIÇÕES PARA REAJUSTE

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

19.3.2. 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 e migração do contrato.

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

19.3.4. Os reajustes aplicados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos prazos previstos nos normativos vigentes.

19.4. DA FORMAÇÃO DO POOL DE RISCO

19.4.1. Caso o presente contrato, por ocasião da apuração descrita na subcláusula 19.4.2., 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.

19.4.1.1. 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.

19.4.2. 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.

19.4.2.1. A apuração da quantidade de BENEFICIÁRIOS do contrato irá considerar todos os produtos a ele vinculados.

19.4.3. Caso este contrato se enquadre no agrupamento de acordo com os critérios estabelecidos na subcláusula 19.4.2. sofrerá o reajuste único calculado através da formulação constante nas subcláusulas 19.1. e 19.2. considerando, contudo, o comportamento das despesas e receitas do agrupamento Pool de Riscos, incluindo aí todos os contratos coletivos pertencentes ao Pool de Risco.

19.4.4. Caso este contrato não se enquadre no agrupamento de acordo com os critérios estabelecidos na subcláusula 19.4.2, o cálculo do reajuste seguirá a formulação descrita nas subcláusulas 19.1. e 19.2., considerando, contudo, o comportamento das despesas e receitas unicamente deste contrato, não se aplicando os critérios previstos para o Pool de Risco.

CLÁUSULA 20ª. DAS FAIXAS ETÁRIAS

20.1. 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.

20.1.1. 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 Contratual ou no Termo de Inclusão, que são parte integrante do presente contrato.

20.1.2. Os percentuais aplicados seguirão as seguintes regras da legislação vigente:

- 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.

20.2. Os percentuais para reajuste da mensalidade por mudança de faixa etária não incidirão sobre as coberturas opcionais que tenham sido contratadas.

CLÁUSULA 21ª. DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

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

21.1.1. Fica assegurado ao BENEFICIÁRIO TITULAR que **contribua por si** para o produto contratado, 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.**

21.1.2. 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.**

21.1.3. 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 produto, sendo observada a mesma segmentação, abrangência e cobertura, bem como as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador do produto, quando houver, em que o mesmo se encontrava antes do desligamento.

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

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

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

21.1.7. 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 nº 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.

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

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

21.1.8. 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.

21.2. DA CONTINUIDADE DAS COBERTURAS POR APOSENTADORIA – BENEFÍCIO APOSENTADO

21.2.1. Fica assegurado ao BENEFICIÁRIO TITULAR que **contribua por si, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos**, para o produto contratado 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 desejar ou enquanto o contrato estiver em vigor.

21.2.2. 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.

21.2.3. 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 formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.**

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

21.2.5. 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.

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

21.2.7. 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 nº 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.

21.2.8. 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.

21.2.9. 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 ou familiar da CONTRATADA, com o aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos, observando-se todas as condições contratuais dessa modalidade de contratação.

21.2.10. 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.

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

21.3.1. 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 produto 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.

21.3.2. 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.**

21.3.3. 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.

21.3.4. É assegurada, ao ex-empregado exonerado, demitido sem justa causa ou aposentado, a manutenção no mesmo produto 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 produtos de que tenha participado.

21.3.5. 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.

21.3.6. 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 em questão, sob pena de ficarem sujeitos à multa e aos encargos moratórios previstos no contrato.

21.3.7. 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.

21.3.8. Estarão excluídos do contrato o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus respectivos DEPENDENTES que estejam em gozo desse benefício, se algum pagamento 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.

21.3.9. 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 desde que o novo produto seja equivalente ao que possuíam.

21.4. DO CRITÉRIO PARA A DETERMINAÇÃO DO PREÇO ÚNICO

21.4.1. 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.

21.4.2. 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.

21.4.3. Os percentuais de reajuste por variação de faixa etária para os BENEFICIÁRIOS inativos estarão previstos na Proposta Contratual ou no Termo de Inclusão de Produtos.

21.5. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

21.5.1. 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.

21.5.2. 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 produto;
- d)** por quanto tempo o BENEFICIÁRIO contribuiu para o pagamento do produto; e
- e)** se o ex-empregado optou pela sua manutenção como BENEFICIÁRIO ou se recusou a manter esta condição.

21.5.3. 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, 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 produto 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.

21.5.4. 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.

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

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

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

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

21.7.1. 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 22ª. DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

22.1. DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

22.1.1. A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR ocasionará necessariamente a exclusão dos respectivos DEPENDENTES inscritos, exceto nos casos em que a exclusão decorrer de julgamento final favorável em processo administrativo por alegação de fraude na Declaração de Saúde, hipótese em que o BENEFICIÁRIO TITULAR será excluído, podendo ser mantidos os demais BENEFICIÁRIOS no plano, mediante prévia e expressa solicitação da CONTRATANTE à UNIMED-RIO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR.

22.1.2. As exclusões deverão ser solicitadas e entregues na UNIMED-RIO respeitando a data de movimentação escolhida pela CONTRATANTE, com exceção dos casos de exclusão imediata previstos na Resolução Normativa nº 412, de 10 de novembro de 2016. As movimentações deverão ser solicitadas à UNIMED-RIO até 28 (vinte e oito) dias antes do vencimento da próxima fatura. As movimentações entregues após este prazo serão faturadas na competência do mês posterior, não havendo qualquer devolução dos pagamentos realizados anteriormente.

22.1.3. 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 do BENEFICIÁRIO TITULAR ou do companheiro, tutelados e os menores sob guarda por força de decisão judicial, todos quando completarem 25 (vinte e cinco) anos;
- d) filhos inválidos, quando cessar a invalidez; e
- e) a qualquer momento a pedido da CONTRATANTE ou do BENEFICIÁRIO TITULAR.

22.1.4. É obrigação da CONTRATANTE, em caso de exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR ou do DEPENDENTE e/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.

22.1.4.1. 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 destes.

22.1.5. 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.

22.1.6. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES que perderem a condição de dependência serão excluídos. Exceção feita aos filhos solteiros que completarem a idade limite de 25 (vinte e cinco) anos durante a vigência do contrato, que poderão permanecer no plano, **desde que haja o interesse da CONTRATANTE.**

22.1.7. 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.

22.1.7.1. Os períodos de carência e/ou coberturas parciais temporárias remanescentes deverão ser cumpridos na nova contratação.

22.1.7.2. Quando a nova contratação implicar mudança de rede assistencial, segmentação, cobertura assistencial e/ou tipo de acomodação para padrão superior, os BENEFICIÁRIOS deverão cumprir os períodos de carência estabelecidos para o novo produto, ficando garantido o aproveitamento das carências já cumpridas no produto de origem.

CLÁUSULA 23ª. DA RESCISÃO/SUSPENSÃO

23.1. DA RESCISÃO IMOTIVADA

23.1.1. 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 da data da rescisão.

23.1.2. 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 (rescisão imotivada), correndo as despesas após tal prazo, **por conta única e exclusiva da CONTRATANTE, ainda que cobradas posteriormente à sua rescisão.**

23.1.3. Feita a notificação de rescisão imotivada, não serão admitidas pela UNIMED-RIO inclusões e exclusões de BENEFICIÁRIOS no contrato.

23.1.4. Nos casos de rescisão imotivada por parte da CONTRATANTE antes do período mínimo de vigência de 12 (doze) meses, esta arcará com o pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor devido à UNIMED-RIO até o término do referido prazo de vigência mínima. O pagamento devido será calculado com base na média das mensalidades quitadas até a data do cancelamento.

23.2. DA RESCISÃO MOTIVADA

23.2.1. Rescinde-se também o contrato, nos casos de fraude, independente do prazo de vigência e de notificação judicial ou extrajudicial, considerando-se dentre outras, as situações a seguir:

- 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 CONTRATADA ou CONTRATANTE, em prejuízo das partes;**
- c) omissão ou distorção de informações que caracterize fraude em prejuízo das partes;**
- 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 algum pagamento 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 da assistência contratada porventura realizadas no período de inadimplência.**

23.2.2. 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.

23.2.3. 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.

23.3. DA SUSPENSÃO DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL

23.3.1. A UNIMED-RIO suspenderá toda e qualquer movimentação contratual se algum pagamento permanecer sem quitação 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.

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

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

23.4. DA NÃO ASSUNÇÃO DAS DESPESAS COM O ATENDIMENTO

23.4.1. Se algum pagamento permanecer sem quitação 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 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 24ª. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1. DAS DEFINIÇÕES

24.1.1. 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) Acompanhamento Clínico pós-operatório é aquele que compreende não só o pós-operatório 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;

c) 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;

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

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

k) Eletivo é o procedimento médico previamente programado, não considerado de Urgência ou Emergência;

l) Inseminação Artificial é uma técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

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

n) 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;

o) 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;

p) 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);

q) 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;

r) 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;

s) Proposta Contratual é o documento contratual que, preenchido e assinado pela CONTRATANTE, formaliza seu interesse em contratar a assistência objeto deste contrato, sendo entregue e protocolada na UNIMED-RIO. A Proposta Contratual contém os dados cadastrais da CONTRATANTE, o produto contratado, entre outros, sendo parte integrante deste instrumento;

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

u) Sistema Unimed é o conjunto de todas as cooperativas de trabalho médico Unimed, pessoas jurídicas distintas entre si, com autonomia administrativa, comercial e financeira;

v) Tabela Médica de Referência para Reembolso – UNIMED-RIO 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 de despesas médicas e hospitalares; e

w) Termo de Inclusão de Produtos é o documento contratual que, preenchido e assinado pela CONTRATANTE, formaliza o seu interesse em incluir na relação contratual vigente a assistência relativa ao produto objeto deste contrato, sendo entregue e protocolado na UNIMED-RIO. Assim como na Proposta Contratual, o Termo de Inclusão de Produtos contém os dados cadastrais da CONTRATANTE, o produto contratado, entre outros, sendo parte integrante deste instrumento.

24.2. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

24.2.1. Após a inclusão dos BENEFICIÁRIOS, a UNIMED-RIO disponibilizará os seguintes documentos à CONTRATANTE, para distribuição aos BENEFICIÁRIOS TITULARES:

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 produto contratado;

b) o Guia de Leitura Contratual – GLC, onde constará a indicação dos prazos de carência, a vigência contratual, os critérios de reajuste, a segmentação assistencial e a abrangência geográfica do produto; e

c) o Guia Médico, onde consta a relação de médicos cooperados por especialidade, hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros, classificados de acordo com o padrão de rede assistencial.

24.3. DA ESCOLHA DO PRODUTO

24.3.1. A CONTRATANTE, a seu exclusivo critério e por ocasião da contratação, escolherá para cada BENEFICIÁRIO TITULAR, **apenas um entre os produtos 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 BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES serão inscritos obrigatoriamente no mesmo produto contratado para o BENEFICIÁRIO TITULAR.** A escolha constará dos documentos ou meios próprios indicados pela UNIMED-RIO para inclusão dos BENEFICIÁRIOS.

24.4. DO PRODUTO

24.4.1. O produto **Unimed Ômega Plus** assegura, exclusivamente dentro do território nacional, **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos), **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas), **com direito à acomodação em quarto individual, conforme o padrão da rede assistencial Ômega Plus.**

24.5. DA TRANSFERÊNCIA DE PRODUTO

24.5.1. A CONTRATANTE poderá optar pela transferência para outro produto com comercialização ativa perante a ANS na data da transferência, em qualquer época após o início de vigência desta contratação, desde que assine novo contrato junto à UNIMED-RIO e que sejam observadas as condições do produto de destino:

- a) quando a transferência for realizada para produto de mesma cobertura, rede, segmentação e/ou tipo de acomodação, haverá total aproveitamento de carências, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência;**
- b) quando a transferência implicar mudança de cobertura, rede, segmentação 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) quando a transferência implicar mudança de cobertura, rede, segmentação e/ou tipo de acomodação para padrão superior, os BENEFICIÁRIOS somente cumprirão novos períodos de carência nas entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, com prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias; e**
- d) a transferência do BENEFICIÁRIO TITULAR acarretará a transferência dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES eventualmente inscritos.**

24.6. DAS DEMAIS CONDIÇÕES

24.6.1. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da UNIMED-RIO, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados aos BENEFICIÁRIOS inscritos, durante os períodos de carência e com os atendimentos resultantes da sua inadimplência ou após a rescisão do contrato, independente da data de início do tratamento.

24.6.2. A CONTRATANTE se responsabiliza pela veracidade dos dados informados à UNIMED-RIO, e se obriga a comunicar à Operadora suas eventuais alterações.

24.6.3. 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.

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

24.6.5. 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 – Lei nº 8.078/90, sob pena de responsabilizar-se pelo ônus eventualmente decorrente da desinformação.

24.6.6. Caso a UNIMED-RIO disponibilize formulário eletrônico em seu site, o BENEFICIÁRIO TITULAR poderá alterar seus dados cadastrais via internet, responsabilizando-se pelas informações por ele prestadas.

24.6.7. 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 UNIMED-RIO 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.

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

24.6.9. Integram este instrumento, para todos os fins de direito: a Proposta Contratual; o Termo de Inclusão de Produtos, as Condições Particulares das Coberturas Opcionais contratadas; as Declarações de Saúde e as Cartas de Orientação aos Beneficiários; 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.

24.6.10. As cláusulas e condições deste instrumento encontram-se registradas no Cartório do 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 1111382.

24.6.11. A Tabela Médica de Referência para Reembolso – UNIMED-RIO encontra-se registrada no Cartório do 6º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 1104235.

CLÁUSULA 25ª. DA ELEIÇÃO DE FORO

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

www.unimedrio.com.br

Av. Armando Lombardi, 400 - Barra da Tijuca

Contact Center: (21) 3806-2466

(Exclusivo para Representante Legal/RH da Empresa)