ÁGIL 30

Unimed Alfa

Unimed Rio

Operadora: Unimed-Rio
CNPJ: 42.163.881/0001-01
Nº de registro na ANS: 39.332-1
Nº de registro do produto: 401.805/98-2
Site: www.unimedrio.com.br
Tel.: (21) 3861-9051
Deficiente auditivo/Fala: 0800 286 0234

Guia de Leitura Contratual

CONTRATAÇÃO COLETIVO EMPRESARIAL - ÁGIL 30 - UNIMED ALFA

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/ Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	04
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	04
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	04
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	04
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	14
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	19
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	22

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	21
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	25
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	35
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	35
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	32
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	06

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

SUMÁRIO

1. Do Objeto do Contrato e Outras Premissas ---------- **04**
2. Da Área da Prestação dos Serviços e da Rede do Produto ---------- **05**
3. Da Legitimidade da Contratante e da Elegibilidade dos Beneficiários ---------- **05**
4. Das Inclusões e Exclusões de Beneficiários ---------- **06**
5. Da Identificação do Beneficiário e Acesso aos Atendimentos ---------- **13**
6. Das Coberturas e Procedimentos Garantidos ---------- **14**
7. Das Exclusões de Cobertura ---------- **19**
8. Dos Períodos de Carência ---------- **21**
9. Das Doenças e Lesões Preexistentes (DLPs) ---------- **22**
10. Dos Atendimentos de Urgência e Emergência ---------- **23**
11. Dos Mecanismos Assistenciais, Administrativos e Financeiros ---------- **25**
12. Das Condições para Reembolso ---------- **27**
13. Das Faixas Etárias, dos Preços e das Condições de Pagamento ---------- **30**
14. Dos Reajustes e Revisão dos Valores ---------- **32**
15. Da Vigência do Contrato ---------- **35**
16. Da Rescisão do Contrato ---------- **35**
17. Das Disposições Gerais ---------- **36**
18. Da Eleição de Foro ---------- **39**
19. Das Definições ---------- **39**

UNIMED ALFA ÁGIL 30

VERSÃO 06/2023

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR E OBSTÉTRICA, DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

1. DO OBJETO DO CONTRATO E OUTRAS PREMISSAS

1.1. ASPECTOS GERAIS

- **Nome do Plano:** Unimed Alfa
- **Registro na ANS:** 401.805/98-2
- **Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial
- **Área de Abrangência:** Nacional
- **Padrão de Acomodação:** Internação em quarto coletivo
- **Segmentação:** Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia
- **Formação do Preço:** Preestabelecido
- **Forma de Pagamento:** Pré-pagamento
- **Rede:** Alfa

1.2. DOCUMENTOS QUE SÃO PARTE INTEGRANTE DA CONTRATAÇÃO

1.2.1. Integram esta contratação, para todos os fins de direito:

a) a Proposta Contratual;

b) o Termo de Inclusão de Produtos;

c) as Condições Particulares de Produto Complementar, doravante denominado OPCIONAL, quando contratado;

d) as Declarações de Saúde e as Cartas de Orientação aos Beneficiários;

e) os documentos ou meios próprios de inclusão e exclusão de BENEFICIÁRIOS; e

f) outros aditivos que tenham sido ou venham a ser firmados pelas partes contratantes.

1.3. DEFINIÇÃO DE CONTRATADA E CONTRATANTE

1.3.1. OPERADORA E CONTRATADA: UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA., com sede na Avenida Ayrton Senna, nº 2.500, bloco 01, salas 404 a 408, bloco 03, salas 101 a 109, subsolo, salas 139 a 145, 155 e 156, Condomínio Neolink Office Mall e Stay, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22775-003, inscrita no CNPJ sob o nº 42.163.881/0001-01, Cooperativa Médica e Operadora de Planos de Saúde, possuidora do Registro de Operadora nº 39.332-1, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, doravante denominada simplesmente **UNIMED-RIO**.

1.3.2. CONTRATANTE é a pessoa jurídica devidamente legitimada, na forma estabelecida nos normativos vigentes e qualificada na Proposta Contratual.

1.4. DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.4.1. Este plano de assistência médica possui:

a) segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;

b) cobertura do Rol de Eventos e Procedimentos da ANS;

c) modalidade coletivo empresarial.

1.4.2. 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.

1.4.3. 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 da 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, por meio 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 e mantenha ao longo da vigência uma quantidade máxima de 29 (vinte e nove) BENEFICIÁRIOS.

1.4.4. 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.

1.5. 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.

1.6. As Condições Particulares de Produto Complementar, doravante denominado OPCIONAL, quando contratado, constarão em documentação própria e serão devidamente assinadas pela CONTRATANTE e incorporadas ao presente contrato.

2. DA ÁREA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E DA REDE DO PRODUTO

2.1. Os BENEFICIÁRIOS inscritos receberão atendimento **em todo território nacional**, sendo a assistência médica, hospitalar e obstétrica prestada pela rede cooperada, própria, contratada, credenciada ou referenciada da **UNIMED-RIO** ou das cooperativas médicas integrantes do Sistema Unimed.

2.2. A rede de prestadores de serviços é 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.

3. DA LEGITIMIDADE DA CONTRATANTE E DA ELEGIBILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. Este é um plano coletivo empresarial. Somente podem ser incluídos como BENEFICIÁRIOS TITULARES aqueles indivíduos comprovadamente vinculados à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária e os abaixo descritos:

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 do BENEFICIÁRIO TITULAR ou do companheiro com idade inferior a 25 (vinte e cinco) anos; menores sob guarda por força de decisão judicial; tutelados e filhos inválidos de qualquer idade.

3.2. Em se tratando de EPP (Empresas de Pequeno Porte), ME (Microempresa), MEI (Microempreendedores Individuais) e demais portes empresariais, a depender do seu faturamento anual, a aceitação da Proposta Contratual depende da comprovação do exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 06 (seis) meses, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo serão entregues à **UNIMED-RIO** no ato da assinatura da referida Proposta Contratual, podendo a mesma ser recusada caso seja verificada a ilegitimidade da **CONTRATANTE**.

3.3. A **CONTRATANTE** deve manter sua legitimidade para que o contrato seja mantido vigente, assim como a inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) ativa, sendo que a **UNIMED-RIO** pode requerer, a qualquer momento, a comprovação da regularidade dessas condições.

3.3.1. O Empresário Individual **CONTRATANTE** deverá remeter para a **UNIMED-RIO**, anualmente, no mês de aniversário do contrato:

a) comprovante de situação cadastral do CNPJ;

b) comprovante de endereço válido para recebimento de correspondência, que se coadune com o declarado nos órgãos de registro e receita federal; e

c) comprovante de vinculação dos **BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES**, nos termos do presente contrato.

3.3.2. Os documentos comprobatórios de cumprimento desta cláusula contratual serão remetidos pela **CONTRATANTE** e armazenados pela **UNIMED-RIO** pelo prazo necessário para defesa de seus direitos, nos termos da regulamentação vigente, especialmente as exaradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

4. DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

4.1. 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 somente serão incluídos no caso de participação do BENEFICIÁRIO TITULAR e 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**.

4.1.1. A **CONTRATANTE** inscreverá apenas os **BENEFICIÁRIOS TITULARES** vinculados à **CONTRATANTE** 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 neste instrumento e o número máximo de 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS**; ou

b) apenas os **BENEFICIÁRIOS TITULARES e respectivos DEPENDENTES vinculados à CONTRATANTE** que **optarem** por participar do plano serão inscritos, desde que observadas as definições estabelecidas neste instrumento e o número máximo de 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS**.

4.2. DA IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO

4.2.1. Para formalizar o interesse em contratar a assistência, a **CONTRATANTE** deve apresentar à **UNIMED-RIO**, devidamente preenchidos e assinados, a Proposta Contratual, que contém a Carta de Orientação ao Beneficiário e a Declaração de Saúde, 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.

4.3. DAS INCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

4.3.1. 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 nas hipóteses previstas na subcláusula 4.3.3.

4.3.2. 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, no caso de inclusão de **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**.

4.3.3. A inclusão de BENEFICIÁRIOS far-se-á mediante o cumprimento das carências previstas na cláusula "DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA" bem como Cobertura Parcial Temporária estabelecida na cláusula "DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES". 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 Declaração de União Estável lavrada em cartório, podendo sofrer aplicação de Coberturas Parciais Temporárias em caso de Doenças ou Lesões Preexistentes;

b) recém-nascido, sendo este 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 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo BENEFICIÁRIO pai, sendo também dispensada a aplicação de Coberturas Parciais Temporárias.

4.3.4. 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.

4.3.5. 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.

4.3.6. A cobrança da mensalidade será realizada por meio de *pro rata die*, de acordo com a data de início de cobertura do **BENEFICIÁRIO** e data de vigência do contrato.

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

4.4. DAS EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

4.4.1. 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.

4.4.2. 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.

4.4.3. 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 legislação vigente. 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.

4.4.4. 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 do BENEFICIÁRIO TITULAR ou do companheiro, quando completarem 25 (vinte e cinco) anos;

d) tutelados e os menores sob guarda por força de decisão judicial, quando completarem 18 (dezoito) anos;

e) filhos inválidos, quando cessar a invalidez; e

f) a qualquer momento a pedido da CONTRATANTE ou do BENEFICIÁRIO TITULAR, por meio de um dos canais de atendimento disponibilizados pela **UNIMED-RIO**, observando-se o disposto nesta cláusula e na legislação vigente.

4.4.5. É obrigação da CONTRATANTE, em caso de exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR ou do DEPENDENTE e/ou rescisão do contrato, inviabilizar a utilização dos Cartões de Identificação, caso sejam entregues fisicamente, 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 pelos prejuízos resultantes do uso indevido, eximindo-se a UNIMED-RIO de qualquer responsabilidade deles decorrente.

4.4.6. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obtenção de atendimento, posterior à data de exclusão, mesmo que na forma contratada anteriormente, pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou DEPENDENTES, que perderem essa condição por exclusão ou término do contrato ou em qualquer hipótese, por terceiros, com ou sem o conhecimento daqueles.

4.4.6.1. Os custos assistenciais realizados pelos BENEFICIÁRIOS após a perda de condição por exclusão ou término do contrato ou em qualquer hipótese, por terceiros, com ou sem o conhecimento destes, serão cobrados da CONTRATANTE por meio de fatura complementar e acrescidos das devidas despesas administrativas e impostos.

4.4.7. Nas situações acima descritas, a CONTRATANTE será responsabilizada pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após a exclusão do(s) BENEFICIÁRIO(S) ou cancelamento da presente contratação.

4.4.8. 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.

4.4.9. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES que perderem a condição de dependência deste contrato serão excluídos.

4.4.10. Os BENEFICIÁRIOS que perderem a condição de BENEFICIÁRIOS deste contrato poderão assinar novo contrato 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, conforme regras estabelecidas pela ANS e na legislação vigente, em produtos disponibilizados pela UNIMED-RIO.

4.4.11. Os períodos de carência e/ou Coberturas Parciais Temporárias remanescentes deverão ser cumpridos na nova contratação.

4.4.12. 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.

4.4.13. O BENEFICIÁRIO poderá exercer a portabilidade de carências para plano da UNIMED-RIO ou de outra Operadora de plano de saúde, na forma e nas especificidades previstas na legislação vigente.

4.5. DA PERMANÊNCIA DOS EXONERADOS, DEMITIDOS OU APOSENTADOS

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

4.5.1.1. Fica assegurado ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** que **contribua financeiramente por si** para produtos contratados pela **CONTRATANTE**, 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.**

4.5.1.2. 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.**

4.5.1.3. 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 em 10 (dez) faixas etárias e fator moderador do produto, quando houver, em que o mesmo se encontrava antes do desligamento.

4.5.1.4. 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.

4.5.1.5. Em falecendo o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, aos **DEPENDENTES** eventualmente inscritos, fica assegurada a permanência no plano até o término do prazo fixado acima.

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

4.5.1.7. 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 legislação vigente, por meio 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.

4.5.1.8. 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.

4.5.1.9. 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 outro produto da **CONTRATADA** com situação ativa perante à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos, observando-se o prazo para o exercício da portabilidade de carências e todas as condições contratuais dessa modalidade de contratação.

4.5.1.10. 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 nesta cláusula.

4.5.2. DA CONTINUIDADE DAS COBERTURAS POR APOSENTADORIA – BENEFÍCIO APOSENTADO

4.5.2.1. Fica assegurado ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** que **contribua financeiramente por si, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos**, para produtos contratados pela **CONTRATANTE**, 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, desde que assuma seu pagamento integral.

4.5.2.2. 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.

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

4.5.2.4. 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 em 10 (dez) faixas etárias e fator moderador do produto em que o mesmo se encontrava antes do desligamento.

4.5.2.5. Em falecendo o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, aos **DEPENDENTES** eventualmente inscritos fica assegurada a permanência no plano até o término do prazo a que o **BENEFICIÁRIO TITULAR** teria direito.

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

4.5.2.7. 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 legislação vigente, por meio 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.

4.5.2.8. 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.

4.5.2.9. 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 outro produto da **CONTRATADA** com situação ativa perante à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos, observando-se o prazo para o exercício da portabilidade de carências e todas as condições contratuais dessa modalidade de contratação.

4.5.2.10. 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 nesta cláusula.

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

4.5.3.1. 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 financeiramente para produtos contratados pela CONTRATANTE**, a manutenção no contrato, a fim de que os mesmos possam manter a condição de **BENEFICIÁRIOS**, conforme preceitua a legislação em vigor.

4.5.3.2. 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, bem como à coparticipação conforme condições previstas em tema próprio.**

4.5.3.3. 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.

4.5.3.4. 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.

4.5.3.5. As mensalidades e a coparticipação 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.

4.5.3.6. 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.

4.5.3.7. Se as mensalidades e a coparticipação 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 do benefício de demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado, até a liquidação integral do débito.

4.5.3.8. 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.

4.5.3.9. Durante o período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO de que trata esta cláusula, o BENEFICIÁRIO poderá exercer a portabilidade de carências para plano da UNIMED-RIO ou de outra Operadora de plano de saúde, na forma e nas especificidades previstas na legislação vigente.

4.5.4. DO CRITÉRIO PARA DETERMINAÇÃO DO PREÇO

4.5.4.1. O preço será calculado em 10 (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.**

4.5.4.2. 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.

4.5.5. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.5.5.1. 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.

4.5.5.2. 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.

4.5.5.3. 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 nesta cláusula.

4.5.5.4. 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.

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

4.5.6.1. 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.

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

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

4.5.7.1. 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.

5. DA IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO E ACESSO AOS ATENDIMENTOS

5.1. DO ACESSO AOS ATENDIMENTOS

5.1.1. 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.

5.1.2. Não há qualquer restrição, nos termos do presente instrumento, para que os pedidos médicos de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais sejam solicitados exclusivamente por médico assistente ou cirurgião-dentista cooperado ou prestador de serviço da rede própria ou credenciada da **UNIMED-RIO**. Ressalta-se que os produtos sem a segmentação odontológica não possuem cirurgião-dentista em sua rede de prestadores de serviços.

5.2. DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

5.2.1. Para realização dos atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais, bem como os exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico, consultas/sessões de psicologia, nutricionista, fonoaudiologia, terapias ocupacionais, fisioterapias e demais terapias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, será necessária a autorização prévia da **UNIMED-RIO**.

5.2.1.1. 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.

5.2.2. Para análise adequada da autorização prévia de procedimentos, a **UNIMED-RIO** reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares ao médico assistente, a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o **BENEFICIÁRIO** anteriormente.

5.2.3. Quando o atendimento for prestado nas demais localidades dentro das áreas de ação de cada Operadora Intermediária integrante do Sistema Unimed, desde que vinculados ao produto contratado, o **BENEFICIÁRIO** deverá entrar em contato diretamente com a Unimed local, observando os contatos de cada Operadora no endereço eletrônico da Unimed do Brasil.

5.2.4. Os pedidos solicitados por médicos particulares ou por Operadoras Intermediárias deverão ser autorizados previamente.

5.2.5. Os trâmites e prazos para autorização prévia, bem como validade de senhas, poderão ser consultados em documento orientador de uso do plano disponível nos canais de atendimento e portal corporativo da **UNIMED-RIO.**

5.3. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

5.3.1. Após o cadastramento, serão disponibilizados à **CONTRATANTE**, os seguintes documentos para distribuição aos **BENEFICIÁRIOS TITULARES:**

a) acesso aos **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, que poderá ser físico ou virtual;

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) acesso ao **Guia Médico**, onde consta a relação de médicos cooperados por especialidade, hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros.

5.4. DA PERDA OU EXTRAVIO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

5.4.1. 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 a emissão da segunda via, observadas, nesta segunda hipótese, as normas da **UNIMED-RIO** que estiverem em vigor na época da requisição.

5.4.2. Fica facultada à UNIMED-RIO a cobrança de taxa de emissão de segunda via do Cartão de Identificação, quando solicitada pelo BENEFICIÁRIO, conforme informação prévia.

6. DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1. 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 "DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA"**, sendo observado ainda o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, as Diretrizes Clínicas e as Diretrizes 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.

6.1.1. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, a cobertura deverá ser autorizada pela **UNIMED-RIO**, desde que:

I. exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II. existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

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

6.3. DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

6.3.1. 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.

6.3.2. DAS CONSULTAS

6.3.2.1. As consultas, quando necessárias, estão garantidas:

a) em número ilimitado, quando prestadas única e exclusivamente por médicos cooperados da **UNIMED-RIO** ou dentro das áreas de ação das cooperativas médicas integrantes do Sistema

Unimed, por médicos cooperados e pertencentes a estas cooperativas, de acordo com a área de abrangência do produto;

b) em número ilimitado **em clínicas básicas e especializadas credenciadas para o produto contratado**, inclusive obstétricas para pré-natal;

c) 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

d) 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.

6.3.3. DOS EXAMES COMPLEMENTARES, PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS

6.3.3.1. Está garantida a cobertura dos itens a seguir relacionados, que deverão ser realizados nos prestadores credenciados para o produto contratado mediante pedido do médico ou cirurgião-dentista assistente devidamente habilitado e desde que seja previamente autorizado pela **UNIMED-RIO, respeitando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e as Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, o cumprimento das carências fixadas neste contrato e as Coberturas Parciais Temporárias que tenham sido aplicadas:**

a) exames complementares, procedimentos e tratamentos 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** ou do Sistema Unimed, de acordo com a abrangência do produto, 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;

e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, desde que estejam descritas como pertencentes ao segmento ambulatorial;

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 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; 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.

6.4. DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

6.4.1. 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, a critério do médico assistente;

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

d) internações necessárias para atendimento de Urgências e Emergências;

e) internação em quarto coletivo;

f) 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 contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente;**

g) 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;

h) toda e qualquer taxa referente à assistência médica e hospitalar, incluindo materiais utilizados;

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

j) transplantes de rim, de córnea, de medula óssea autóloga e heteróloga (alogênico) e hepático, 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, exceto aqueles citados na cláusula **"DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA"**;

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.

k) 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;

l) 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 hospitalar **e, portanto, não são cobertos pelo presente contrato.**

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

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

- 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 pronto socorro;
- 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.

o) próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e que estejam devidamente certificadas e registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), **observado o disposto na cláusula "DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA";**

p) 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;

q) cirurgia plástica reparadora, entendida como aquela que visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita desde que o procedimento cirúrgico esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, aí incluída a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

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

s) oxigenoterapia hiperbárica, na forma indicada nas Diretrizes Clínicas e nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;

t) implante de Dispositivo Intra Uterino (DIU), incluindo o dispositivo, na forma indicada nas Diretrizes Clínicas e nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;

u) laqueadura tubária e laqueadura tubária laparoscópica em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, na forma indicada nas Diretrizes Clínicas e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento; e

v) vasectomia, na forma indicada nas Diretrizes Clínicas e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento.

6.4.2. 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.

6.4.2.1. 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.

6.4.3. A internação hospitalar será providenciada por meio 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 Unimed que vier a prestar o atendimento, contendo o prazo de internação.

6.4.3.1. 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.

6.4.4. 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.

6.4.5. Excepcionalmente, será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao **BENEFICIÁRIO** sem ônus adicional, exclusivamente no caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados.

6.5. DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA

6.5.1. 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.

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

6.5.2.1. 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.

6.5.3. A coparticipação em internações psiquiátricas se dará conforme previsto em tema próprio.

6.6. DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

6.6.1. 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 gestante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraindicação 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** e **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.**

6.7. DO ATENDIMENTO PARA ACIDENTE DE TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

6.7.1. 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 "DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA".**

6.7.2. 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.

7. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

7.1. 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, inclusão do BENEFICIÁRIO, relação contratual individual ou do cumprimento das carências previstas na cláusula "DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA";

e) atendimentos médicos e hospitalares prestados por médicos não cooperados ou outros profissionais de saúde não credenciados da UNIMED-RIO ou do Sistema 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 *toillet*, 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 com as Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;

p) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

q) tratamentos em estâncias hidrominerais, clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de 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;**
- **por meio 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, incluindo os medicamentos *off label*;

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 com as Diretrizes 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.

8. DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

8.1. 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.

8.2. Nas hipóteses em que não forem observadas as condições previstas na cláusula "DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS", a assistência prevista neste instrumento deverá ser 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.

8.3. CARÊNCIAS NAS TRANSFERÊNCIAS DE PLANO

8.3.1. 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.

9. DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLPS)

9.1. Além da documentação definida na cláusula **"DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS"**, a **CONTRATANTE** deverá apresentar, concomitantemente ao pedido de inscrição, por ocasião da contratação ou da inclusão de **DEPENDENTES** a Declaração de Saúde preenchida para o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, e seus **DEPENDENTES** eventualmente inscritos, afirmando ser conhecedor ou não da condição de portador(es) ou sofredor(es) de Doença ou Lesão Preexistente, **exceto nos casos de isenção de Coberturas Parciais Temporárias expressamente previstos neste contrato.**

9.1.1. A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

9.1.2. A Declaração de Saúde deverá fazer referência, exclusivamente, a doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação, não sendo permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos.

9.1.3. 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.

9.1.4. A UNIMED-RIO se compromete a tratar os dados pessoais presentes na Declaração de Saúde em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Nos casos em que for necessário coletar o consentimento do Titular dos dados ou de seu responsável legal, a coleta do consentimento se fará por meio de Termo de Consentimento apartado.

9.2. 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.

9.3. O BENEFICIÁRIO tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais próprios, da rede de prestadores credenciados ou referenciados da UNIMED-RIO, sem qualquer ônus.

9.3.1. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o BENEFICIÁRIO para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o BENEFICIÁRIO saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

9.4. 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.**

9.5. 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.

9.6. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é o período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses contados a partir da contratação ou adesão do BENEFICIÁRIO ao plano privado de assistência, durante o qual, exclusivamente as Doenças e Lesões Preexistentes dos BENEFICIÁRIOS, informadas na DECLARAÇÃO DE SAÚDE 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.

9.7. 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**.

9.8. 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:

a) oferecer Cobertura Parcial Temporária ao BENFICIÁRIO pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou

b) 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.

9.9. Comprovada a fraude junto à ANS, a UNIMED-RIO poderá a seu critério:

a) 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

b) excluir o BENEFICIÁRIO.

9.10. Na hipótese de exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** que possua **DEPENDENTES** no contrato, aquele poderá transferir a titularidade para algum dos seus **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** mediante requerimento formal junto à **UNIMED-RIO**, desde que com a anuência do novo **BENEFICIÁRIO TITULAR** e no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da sua exclusão.

9.11. Termo de Comunicação ao Beneficiário é a carta enviada ao BENEFICIÁRIO pela Operadora quando identificado indício de fraude por parte do mesmo referente à omissão de conhecimento de Doença Ou Lesão Preexistente (DLP) por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

9.12. 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 de eventual processo administrativo por alegação de Doença Ou Lesão Preexistente (DLP).

9.13. É vedada a alegação de omissão de informação de Doenças ou Lesões Preexistentes quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no **BENEFICIÁRIO**.

10. DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1. 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.

10.1.1. 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.

10.1.2. 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.

10.1.3. 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.

10.1.4. 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.

10.1.5. 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.

10.1.6. Na hipótese de impossibilidade de remoção por risco de vida, serão de inteira responsabilidade do **BENEFICIÁRIO TITULAR** as despesas referentes a procedimentos de assistência médica e hospitalar que eventualmente venham a ocorrer após o atendimento ambulatorial, tais como, mas não limitados a atos cirúrgicos e internações, mesmo que realizados dentro do período das 12 (doze) horas.

10.1.7. 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 deste contrato.

10.1.8. 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.

10.1.9. O reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, está previsto na cláusula "DAS CONDIÇÕES PARA REEMBOLSO".

10.2. DA REMOÇÃO

10.2.1. Está garantida a remoção terrestre após o cumprimento dos períodos de carências previstos neste 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, ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema 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 ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Unimed, desde que vinculados ao produto contratado pelo BENEFICIÁRIO;

c) realizada entre estabelecimentos hospitalares pertencentes à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema 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 contratado pelo BENEFICIÁRIO, para hospital pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema 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 ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Unimed, desde que vinculados ao produto contratado pelo BENEFICIÁRIO, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

11. DOS MECANISMOS ASSISTENCIAIS, ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

11.1. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA COMO MECANISMO ASSISTENCIAL

11.1.1. A autorização prévia para a realização de procedimentos médicos é mecanismo de regulação permitido pela ANS e utilizado pela **UNIMED-RIO**, pelo que deve ser apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** inscrito no contrato, a solicitação médica, em meio físico ou eletrônico, a depender da origem do atendimento dado ao **BENEFICIÁRIO**, nos termos da legislação regulamentar vigente.

11.2. DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM DESACORDO COM O PRODUTO CONTRATADO

11.2.1. A UNIMED-RIO não se responsabilizará, em hipótese alguma, pelos atendimentos realizados durante os períodos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária previstos neste instrumento, pelos atendimentos que estejam em desacordo com o disposto nas regras deste produto ora contratado ou ainda, por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com médicos cooperados ou não, hospitais ou entidades próprias, credenciadas, contratadas ou não, correndo essas despesas e respectivas intercorrências nos atendimentos por conta única exclusiva do BENEFICIÁRIO TITULAR.

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

11.3.1. 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 na legislação vigente, 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.

11.3.2. 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 assistente, na forma deste contrato.

11.3.3. 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.

11.3.4. 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.

11.3.5. 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.

11.4. DA INSPEÇÃO E PERÍCIA

11.4.1. 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.

11.5. DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

11.5.1. 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 por meio 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.

11.5.2. 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.

11.5.3. 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.

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

11.5.5. 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.

11.5.6. 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.

11.5.7. 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.

11.5.8. 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.

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

11.6. DIRECIONAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE

11.6.1. 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) transplante de córnea, medula, rim e hepático;

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.

11.6.2. 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, o que se dará mediante informação prévia.

11.6.3. O processo para a análise da realização de procedimentos cobertos que envolvam as condições médicas dispostas nesta 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 autorizado.

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

11.6.5. 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.

11.7. DA COPARTICIPAÇÃO

11.7.1. Coparticipação é a parcela da despesa a ser paga por todos os **BENEFICIÁRIOS** inscritos após a realização de procedimentos cobertos, conforme condições previstas no produto contratado.

11.7.2. Haverá coparticipação quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica contínuos ou não, a cada 12 (doze) meses.

11.7.3. A coparticipação será aplicada no percentual de 50% (cinquenta por cento) ou o percentual máximo definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sobre as despesas médico-hospitalares relativas à internação psiquiátrica.

11.7.4. O valor da coparticipação será cobrado da **CONTRATANTE** em mensalidade posterior à data em que a **UNIMED-RIO** receber a cobrança do médico cooperado/prestador credenciado, bem como à data em que a **UNIMED-RIO** receber a solicitação de reembolso, quando cabível.

12. DAS CONDIÇÕES PARA REEMBOLSO

12.1. Na impossibilidade comprovada da utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados, dentro da área de abrangência do produto, em situações de urgência e/ou emergência enfrentadas pelos BENEFICIÁRIOS, a **UNIMED-RIO** se compromete, dentro dos limites e condições deste instrumento, a reembolsar as despesas realizadas com a assistência à saúde para os **BENEFICIÁRIOS** em valor nunca inferior ao praticado na Rede Referenciada da **UNIMED-RIO**.

12.2. ***Reembolso*** *é o ressarcimento, pela* ***UNIMED-RIO****, das despesas com serviços médico-hospitalares de atendimentos cobertos, diretamente ao* ***BENEFICIÁRIO TITULAR****, respeitados os limites e condições do produto contratado.*

12.3. A Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) é composta pelos valores em moeda corrente nacional, já com acréscimo dos insumos de cada procedimento/exame. Os cálculos

consideram o tipo de acomodação, o procedimento e o múltiplo que será aplicado de acordo com o produto contratado, quando cabível.

12.4. A Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) observa necessariamente todos os procedimentos médicos cobertos, de acordo com as condições contratuais, podendo ser alterada em sua estrutura e nomenclatura, sempre que for necessário corrigir, atualizar ou modificar o que nela estiver contido, para inclusão de novos eventos ou procedimentos médicos, conforme atualização do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12.5. A Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) encontra-se registrada no Cartório do 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo no 1027159.

12.6. Em caso de dúvida relacionada à Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) ou quanto ao cálculo do valor do reembolso solicitado, o BENEFICIÁRIO poderá entrar em contrato com a UNIMED-RIO, por meio dos canais de atendimento 24 horas.

12.7. Considerando que a Tabela de Reembolso é atualizada em decorrência de determinações da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o **BENEFICIÁRIO** deverá observar no site www.unimedrio.com.br eventuais alterações do número de registro ou do Ofício de Registro de Títulos e Documentos.

12.8. O cálculo do reembolso será realizado conforme fórmula a seguir:

Valor do Reembolso = Valor na TRU* x Múltiplo de Reembolso**

* *Prevista na Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) para o procedimento realizado*

** *Para os contratos com previsão de Múltiplo de Reembolso. Para os contratos sem previsão, o reembolso será na ordem de 1 (uma) vez o valor na TRU.*

12.9. O Valor na TRU é o valor previsto na Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) atribuído a cada procedimento previsto expresso em moeda corrente nacional.

Múltiplo de Reembolso é o coeficiente a ser aplicado em contratos com este tipo de previsão. Para os contratos sem este instituto, o reembolso será na ordem de 1 (uma) vez o valor previsto pela TRU.

12.10. Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo BENEFICIÁRIO diretamente com os médicos ou instituições médicas, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

12.11. As Diárias Hospitalares, sejam de UTI ou parto, para efeitos de reembolso, incluem:

a) diárias hospitalares: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência necessária;

c) partos: permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto;

d) taxas de sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- as taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU), que só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- as taxas de sala cirúrgica: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- as demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na

Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU). As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU); e

- porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida.

12.12. Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente a cirurgia de maior porte.

12.13. O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização.

12.14. Serão reembolsados as consultas, os serviços auxiliares de diagnose e terapia, os honorários profissionais de atendimento ambulatorial e as internações hospitalares com base na Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU), obedecida a quantidade de auxiliares e o porte anestésico previstos para cada procedimento e o produto escolhido.

12.15. O reembolso será feito com a apresentação dos documentos previstos nesta cláusula no **prazo máximo de 30 (trinta) dias** contados a partir da apresentação de todos os documentos a seguir:

a) relatório do médico assistente constando: nome do paciente, justificativa para o atendimento de Urgência e/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;

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

e) comprovante do efetivo desembolso, com qualquer documento hábil e idôneo que comprove a efetiva ocorrência da despesa.

12.15.1 Para o efetivo reembolso, não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação do serviço: Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA), Recibo Provisório de Serviço (RPS), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica (DANFE) que não contenha o código de verificação correspondente da Nota Fiscal.

12.16. O pagamento será creditado na conta corrente do **BENEFICIÁRIO TITULAR**. O crédito também poderá ser feito em conta de terceiros, conforme regra vigente a ser divulgada nos canais de comunicação da **UNIMED-RIO**, incluindo-se o site www.unimedrio.com.br/reembolso.

12.17. Em caso de óbito do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, o pagamento do reembolso será realizado seguindo a ordem legal de preferência entre os herdeiros, prevista no Código Civil, qual seja: cônjuge ou companheiro(a), descendentes, ascendentes e colaterais. Porém, somente um deles receberá o respectivo valor, tendo os outros a obrigatoriedade de abrir mão em favor do escolhido. Caso seja comprovado que a pessoa falecida – **BENEFICIÁRIO TITULAR** – não possuía herdeiros com os referidos graus de parentesco, para que outro parente possa se habilitar ao recebimento do reembolso, deverá apresentar "Declaração de Únicos Herdeiros" registrada em cartório, além da documentação completa descrita neste instrumento.

12.18. Em caso de documentação incompleta ou ainda nos casos de inexatidão nos documentos apresentados, a **UNIMED-RIO** poderá solicitar informações complementares. Neste caso, será iniciado novo prazo de até 30 (trinta) dias para a realização do reembolso pela **UNIMED-RIO**, o qual será contado da data de entrega da documentação complementar pelo **BENEFICIÁRIO.**

12.19. O reembolso será efetuado em moeda corrente nacional, e sempre atenderá ao disposto na legislação vigente no ato da celebração do contrato.

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

12.21. Não são passíveis de reembolso:

a) procedimentos realizados de forma particular quando o contrato não possuir este tipo de cobertura;

b) cobrança de honorários de membros da equipe quando credenciados ou quando fizerem parte de equipe odontológica particular;

c) diferença de valor para troca de acomodação superior;

d) procedimentos não previstos no Rol;

e) documentação inválida. Exemplo: RPS (recibo provisório de serviço), recibo rasurado ou sem a informação do serviço prestado;

f) recibos de despesas que não estejam ligadas a Tabela de Referência da Assistência Médica, Hospitalar ou Odontológica (copa, telefone, táxi).

12.22. Se constatada fraude na documentação apresentada pelo BENEFICIÁRIO para fins de reembolso, poderá haver a exclusão do mesmo do contrato.

12.22.1. Na hipótese de exclusão por fraude mencionada na cláusula anterior, não fica afastada a possibilidade de a UNIMED-RIO, comunicar às autoridades policiais acerca da fraude identificada, bem como, em buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter decorrente do ato ilícito praticado.

13. DAS FAIXAS ETÁRIAS, DOS PREÇOS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

13.1. DAS FAIXAS ETÁRIAS

13.1.1. Para efeito deste contrato, são as seguintes as faixas de idade e os respectivos percentuais de reajuste, incidentes sobre o valor cobrado na faixa etária anterior:

Faixa Etária	Reajuste (%)
00 a 18 anos	-
19 a 23 anos	35,00
24 a 28 anos	10,00
29 a 33 anos	10,00
34 a 38 anos	3,00
39 a 43 anos	3,00
44 a 48 anos	41,35
49 a 53 anos	30,00
54 a 58 anos	10,00
59 anos ou mais	71,28

13.1.2. Os percentuais indicados na subcláusula anterior foram estabelecidos de acordo com 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.

13.1.3. A variação do preço em razão da mudança de faixa etária incidirá no mês subsequente ao do aniversário do BENEFICIÁRIO.

13.1.4. Os percentuais para reajuste da mensalidade por adequação do preço por mudança de faixa etária não incidirão sobre a coparticipação e sobre as coberturas opcionais que tenham sido contratadas.

13.2. DA FORMAÇÃO DE PREÇOS

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

13.3. DO CÁLCULO DO PREÇO MENSAL

13.3.1. 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 destes os carregamentos praticados e as carências porventura aplicadas, sendo estabelecidos de acordo com a faixa etária de cada **BENEFICIÁRIO** inscrito.

13.3.2. Na hipótese da não manutenção do número de **BENEFICIÁRIOS**, tanto ao final do prazo de implantação quanto ao longo da vigência contratual, com o perfil etário e quantidade de **BENEFICIÁRIOS** apresentados na Proposta Contratual ou no Termo de Inclusão de Produtos, admitindo-se uma variação de até 10% (dez por cento), proceder-se-á a imediata revisão contratual, para assinatura de novo contrato adequando as condições ao perfil dos beneficiários inicialmente inscritos.

13.4. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

13.4.1. 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 à coparticipação e às coberturas opcionais, quando devidos.

13.4.1.1. 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.

13.4.2. 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 a ser estipulado no respectivo aviso de cobrança, o pagamento do valor referente ao mês em questão, sob pena de sujeitar-se à multa e encargos moratórios previstos neste instrumento.

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

13.4.4. 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.

13.4.5. 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.

13.4.6. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos neste contrato e àqueles já vinculados.

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

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

13.5. DO ATRASO NO PAGAMENTO

13.5.1. As mensalidades, a coparticipação e os valores relativos às coberturas opcionais, estas quando contratadas, que não forem quitados até a data de vencimento prevista 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.

13.5.2. O inadimplemento das obrigações financeiras acarretará a inclusão dos dados da CONTRATANTE nos serviços de proteção ao crédito (SERASA, SPC e assemelhados), assim como Protesto de Títulos e ajuizamento da dívida.

13.6. DA SUSPENSÃO DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL

13.6.1. A **UNIMED-RIO** suspenderá toda e qualquer movimentação contratual se algum pagamento permanecer sem quitação por prazo igual ou superior a 5 (cinco) dias, não se responsabilizando por inclusões não efetivadas e por despesas realizadas pelos **BENEFICIÁRIOS** não incluídos, durante o período do inadimplemento, sendo responsabilidade da **CONTRATANTE** a comunicação aos **BENEFICIÁRIOS** sobre o inadimplemento e a consequente suspensão da movimentação contratual, nos termos desta cláusula.

13.6.2. O pagamento do reembolso, quando cabível, dos procedimentos realizados durante o período de inadimplência também será suspenso.

13.7. DA NÃO ASSUNÇÃO DAS DESPESAS COM ATENDIMENTO

13.7.1. 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.

14. DOS REAJUSTES E REVISÃO DOS VALORES

14.1. DAS CONDIÇÕES PARA REAJUSTE

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

14.1.2. 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.

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

14.1.4. Quando a conclusão da aplicação do reajuste ocorrer em data posterior a emissão do faturamento do aniversário contratual, a aplicação do reajuste será mantida na data do aniversário e as parcelas de reajuste já vencidas serão cobradas por meio de emissão retroativa na fatura subsequente.

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

14.2. DA FORMAÇÃO DO POOL DE RISCOS

14.2.1. Caso o presente contrato, por ocasião da apuração descrita na subcláusula 14.2.2., 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.

14.2.1.1. 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.

14.2.2. 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.

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

14.2.3. Caso este contrato se enquadre no agrupamento de acordo com os critérios estabelecidos na subcláusula 14.2.2. sofrerá o reajuste único calculado por meio da formulação constante nas subcláusulas 14.3. e 14.4. considerando, contudo, o comportamento das despesas e receitas do agrupamento Pool de Riscos, incluindo aí todos os contratos coletivos pertencentes ao Pool de Risco.

14.3. REAJUSTE FINANCEIRO

14.3.1. O reajuste financeiro tomará como base a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços de Mercado) divulgado pela Fundação Getulio 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.

14.3.2. 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:

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

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, incluindo os atendimentos por meio da rede SUS e ressarcidos pela Operadora;

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.

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

14.3.4. 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 para efeitos de reajuste.

14.3.5. 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.

14.4. REAJUSTE TÉCNICO DA SINISTRALIDADE

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

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

$$ISper = Si/Ri$$

Onde, "i" representa o presente contrato, na hipótese de conter mais de 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS**, ou o Pool de Risco de contratos, mencionado na subcláusula 14.2.1., na hipótese de conter menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**.

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

14.4.4. 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,

$$FR = ISper / ISmax$$

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

14.4.5.1. Na hipótese do presente contrato participar do Pool de Risco de contratos, mencionado na subcláusula 14.2.1., **o ISmax será de 70% (setenta por cento).**

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

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

15. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

15.1. O início de vigência deste contrato constará na Proposta Contratual.

15.2. 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.

16. DA RESCISÃO DO CONTRATO

16.1. DA RESCISÃO MOTIVADA

16.1.1. Rescinde-se também o contrato, 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, ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela CONTRATADA ou CONTRATANTE, que caracterize fraude, ou infração contatual ou irregularidade, com violação ao princípio da boa-fé objetiva, em prejuízo da outra parte;

d) prática de fraude comprovada, desde que praticada pelas Partes contratantes;

e) a qualquer momento, se as partes não cumprirem fielmente suas cláusulas e condições, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento;

f) se no decorrer da relação contratual não houver BENEFICIÁRIO inscrito;

g) 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;

h) extinção, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial, recuperação judicial ou extrajudicial ou falência da CONTRATANTE;

i) por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo; e

j) se em qualquer tempo for identificado um desequilíbrio econômico-atuarial no contrato.

16.1.2. Incorrerá multa pela CONTRATANTE à CONTRATADA no valor equivalente a soma dos dois últimos pagamentos, independentemente do tempo de vigência do contrato, no caso de rescisão motivada prevista na alínea f) da subcláusula 16.1.1.

16.1.3. O pagamento dos valores de coparticipação referente à atendimentos já realizados pelos BENEFICIÁRIOS, serão devidos mesmo após o cancelamento do presente contrato.

16.1.4. 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.

16.1.5. Em caso de envio de notificação pela CONTRATADA, comunicando a rescisão contratual motivada por inadimplência, este pode ser realizado por meio físico ou por outras formas de comunicação, como correio eletrônico, aplicativos que permitem a troca de mensagens criptografadas, ligações gravadas com confirmação de dados pelo interlocutor, envio de torpedos (SMS) com aviso de leitura pelo destinatário e demais meios tecnológicos que permitam demonstrar, de forma inequívoca, o conhecimento prévio da CONTRATANTE a respeito da rescisão, na forma da legislação vigente.

16.2. DA RESCISÃO IMOTIVADA

16.2.1. 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.

16.2.2. 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 e no valor integral da coparticipação.

16.3. DA MOVIMENTAÇÃO E ATENDIMENTO DURANTE O PERÍODO DE AVISO PRÉVIO DA RESCISÃO CONTRATUAL

16.3.1. 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.

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

17. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. DEMAIS CONDIÇÕES

17.1.1. 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.

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

17.1.3. 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.

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

17.1.5. Na hipótese de a **CONTRATADA** indenizar os **BENEFICIÁRIOS** por qualquer ato de terceiro que, por ação, omissão, imperícia, dolo ou culpa, tenha-lhe causado dano, ficará a **CONTRATADA** sub-rogada em todos os direitos deste, a fim de se ressarcir dos valores pagos em reparação do dano.

17.1.6. A **CONTRATANTE** assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades ou, ainda, pelo pagamento de sinistros a que a **CONTRATADA** seja submetida ou obrigada a pagar, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por **BENEFICIÁRIOS** ou **ex-BENEFICIÁRIOS** pleiteando coberturas contratuais ou alegando prejuízos a direitos relativos as coberturas contratuais, em especial nos casos em que esses direitos contrariem as regras e regulamentos exarados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

17.1.7. 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.

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

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

17.2. DECLARAÇÕES E GARANTIAS ANTICORRUPÇÃO

17.2.1. As partes declaram neste ato que estão cientes e conhecem os termos da Lei Anticorrupção Brasileira (Lei 12.846/13) e o Decreto 8.420/2015 que a regulamenta, assim como das demais leis anticorrupção aplicáveis, comprometendo-se a cumprir e fazer com que seus empregados, subcontratados, consultores, agentes ou representantes cumpram as disposições nelas contidas, abstendo-se de qualquer atividade que constitua uma violação das disposições destas regras anticorrupção, seja de forma direta ou indireta, seja quanto ao objeto do presente contrato, ou, de outra forma, mesmo não relacionada a este instrumento.

17.2.2. As partes têm pleno conhecimento e comprometem-se à fiel observância das disposições legais, concernentes à prevenção e combate às atividades relacionadas com os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores, contidas na Lei 9.613/98 e legislação correlata, bem como naquelas emanadas dos Órgãos reguladores dos diversos setores de negócio e atividade, comprometendo-se inclusive a fazê-lo em relação a eventuais alterações posteriores que estas venham a sofrer.

17.2.3. Independentemente de dispositivo em contrário, a **UNIMED-RIO** poderá notificar a **CONTRATANTE** e suspender imediatamente o cumprimento de suas obrigações decorrentes do presente contrato, rescindindo imediatamente os efeitos deste termo, em caso de violação de quaisquer das declarações e garantias estabelecidas na presente cláusula.

17.2.4. Havendo, comprovadamente, qualquer dano à **UNIMED-RIO**, a **CONTRATANTE** indenizará e isentará a **UNIMED-RIO** e/ou seus representantes, de qualquer perda, reivindicação, custa ou despesa decorrentes de qualquer violação das declarações e garantias estabelecidas na presente cláusula ou em razão de qualquer violação de quaisquer Regras dos dispositivos legais aqui expressos.

17.3. DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS DOS BENEFICIÁRIOS

17.3.1. Da Privacidade e da Proteção de Dados: considerando a atuação das partes, ambas Controladoras dos Dados Pessoais tratados em razão deste contrato e a responsabilidade destas para a perfeita execução de seu objeto, as partes se comprometem a tratar as informações classificadas legalmente como Dados Pessoais em observância à legislação aplicável de privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando, à Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). Deverão ser também observadas eventuais normas que entrarem em vigor após a assinatura deste contrato.

17.3.2. Limitação do tratamento: as partes, na qualidade de Controladoras, tratarão os dados pessoais em estrita observância ao disposto neste contrato e tão somente para a finalidade de execução deste exceto nos casos em que o Tratamento seja necessário para o cumprimento de obrigações legais ou regulatórias a que se sujeitem as partes.

17.3.3. Limitação da responsabilidade pelo tratamento: na hipótese do eventual tratamento dos dados compartilhados em razão deste contrato para finalidades não relacionadas à sua execução, esta atividade de Tratamento ocorrerá fora do contexto deste contrato, devendo o respectivo Controlador se responsabilizar integralmente por esse tratamento, ficando a outra parte livre de qualquer obrigação ou responsabilidade dela decorrente.

17.3.4. Compartilhamento: quando qualquer atividade de tratamento for realizada por meio de um Operador, as partes deverão, em relação ao Operador:

a) preservar a integridade e precisão dos Dados Pessoais compartilhados com o Operador;

b) verificar e gerar evidências dessa verificação se o Operador tem condições de garantir um nível de proteção de Dados Pessoais, no mínimo, equivalente àquele garantido pelo próprio Controlador;

c) celebrar, por escrito, contrato com o Operador, cujo teor deverá incluir disposições, no mínimo, equivalentes àquelas estabelecidas neste contrato;

d) ser responsável por todas as ações e omissões do Operador em relação ao tratamento de Dados Pessoais, como se o próprio Controlador as tivesse realizado.

17.3.5. Segurança da Informação: as partes adotarão medidas técnicas, administrativas e organizacionais aptas a garantir a segurança dos dados pessoais objeto de tratamento, nos termos estabelecidos na legislação vigente aplicável. Tais medidas deverão ser avaliadas e testadas periodicamente para que sejam efetivas e constantemente melhoradas.

17.3.6. Auditoria: as partes autorizam a outra parte, mediante prévia notificação, a condução de auditorias em seus sistemas e/ou procedimentos internos para confirmar a observância do disposto neste contrato. Este procedimento poderá ser conduzido pela parte auditora ou terceiros contratados para esta finalidade.

17.3.7. Direito dos Titulares: as partes deverão cooperar mutuamente, no limite de suas atividades, para o cumprimento das obrigações relacionadas ao exercício dos direitos dos Titulares dos Dados Pessoais, observando as normas de Proteção de Dados aplicáveis.

17.3.8. As partes deverão notificar, imediatamente, a outra parte, em caso de recebimento de solicitação de Titular de Dados, quando relacionada a qualquer atividade de Tratamento realizada no contexto do contrato, bem como compartilhar o teor da resposta enviada ao Titular, quando assim solicitado pela outra parte.

17.3.9. Incidente de segurança: quando as partes identificarem a ocorrência de um Incidente de Segurança que possa causar dano relevante ao Titular, de acordo com a LGPD e eventuais regulamentações que venham a ser emitidas pela ANPD, deverão notificar a outra parte por escrito, imediatamente.

17.3.10. A notificação deverá conter, minimamente, as informações suficientes para que a outra parte possa cumprir com eventuais exigências impostas pelas Leis e Regulamentos de Proteção de Dados, tais quais:

a) data e hora do incidente;

b) dados pessoais afetados pelo incidente;

c) número de Titulares afetados;

d) possíveis consequências e impactos do evento;

e) medidas mitigadoras adotadas para a contenção de danos.

17.3.11. Para a efetiva comunicação entre as partes e para que seja possível obter maiores informações sobre eventual incidente, as partes indicam na Proposta Contratual os dados de contato de seus respectivos encarregados pela Proteção de Dados.

17.3.12. Requisições de autoridades competentes: as partes deverão cooperar mutuamente, no limite de suas atividades, com o cumprimento de obrigações ou solicitações impostas por qualquer Autoridade Fiscalizadora competente. Caso uma das partes seja destinatária de qualquer ordem judicial ou comunicação oficial que determine o fornecimento ou divulgação de informações pessoais, deverá notificar a outra parte, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, sobre o ocorrido, oportunizando a adoção, em tempo hábil de medidas legais para impedir ou mitigar os efeitos decorrentes da divulgação dos dados pessoais relacionados a esta requisição ou objetos desta.

17.3.13. Indenização: as partes deverão indenizar, defender e isentar a outra parte e/ou suas filiais e subsidiárias de toda e qualquer responsabilidade, perda, reivindicação, dano, penalidade, des-

pesa, multas, indenização por danos morais ou patrimoniais, custos dos esforços de reparação, honorários advocatícios e custos decorrentes de ou relacionados a qualquer ação, reivindicação ou alegação de terceiros incluindo, sem limitação, qualquer autoridade reguladora ou governamental, que decorrer do não cumprimento deste contrato e/ou não cumprimento das Leis e Regulamentos de Proteção de Dados.

17.3.14. Responsabilidade: esta cláusula não gera responsabilidade solidária entre as partes por quaisquer penalidades relacionadas às atividades de tratamento realizadas no contexto do contrato, devendo cada parte ser responsabilizada individualmente no limite de suas atividades.

17.4. As cláusulas e condições deste instrumento encontram-se registradas em Cartório do município do Rio de Janeiro.

17.5. A Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) encontra-se registrada no Cartório do 4º Oficio de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo no 1027159.

18. DA ELEIÇÃO DE FORO

18.1. 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.

19. DAS DEFINIÇÕES

19.1. Para efeito deste contrato e visando a melhor compreensão de suas cláusulas e condições, bem como a adequada 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, independentemente 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) ano de contrato é o período de doze meses contados a partir da data de ingresso do beneficiário no plano de saúde, seja ele **TITULAR** ou **DEPENDENTE**, seja o contrato individual/familiar ou coletivo;

d) assistência ambulatorial é aquela que assegura os atendimentos referentes a consultas médicas, exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, inclusive procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, para os quais não haja necessidade de internação hospitalar;

e) assistência hospitalar é aquela prestada em ambiente hospitalar, decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exijam a internação do **BENEFICIÁRIO**;

f) 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;

g) 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;

h) consentimento: manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o **TITULAR** concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada;

i) controlador: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;

j) dado pessoal: qualquer informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável. Incluem-se Dados Pessoais considerados sensíveis, como dados referentes à saúde;

k) doença crônica é a que exige tratamento ou acompanhamento médico de forma contínua ou intermitente;

l) eletivo é o procedimento médico previamente programado, não considerado de Urgência ou Emergência;

m) inseminação artificial é uma técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

n) medicamento fracionado é o medicamento fornecido em quantidade distinta e inferior à embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA;

o) 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;

p) medicamentos adjuvantes são aqueles empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;

q) medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e Urgência e Emergência);

r) operador: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do Controlador;

s) órtese é qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido;

t) 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;

u) pool de risco é o agrupamento de contratos coletivos com menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** definido pela legislação vigente para cálculo de reajuste;

v) proposta contratual é parte do contrato que preenchida e assinada pela **CONTRATANTE**, formaliza seu interesse em contratar a assistência nela descrita, objeto deste instrumento, sendo entregue e protocolada na **UNIMED-RIO**. A Proposta Contratual contém os dados cadastrais da **CONTRATANTE**, o produto contratado, valores, entre outros;

w) prótese é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

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

y) tabela unificada de referência para reembolso (TRU) 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;

z) tratamento: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;

aa) 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 instrumento, 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, valores, entre outros, sendo parte integrante do contrato;

ab) titular: pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento.

ANS - nº 39.332-1

Unimed
Rio