



**SINOPSE
DO
INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E
HOSPITALAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E ODONTOLÓGICA.
CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESAO – 50 OU MAIS BENEFICIÁRIOS.**

Pelo presente instrumento, e na melhor forma de direito, de um lado, a parte identificada como nº 2264, o **ABRIGO DO MARINHEIRO - AMN**, estabelecido na Praça Barão de Ladário, Ed. Alte Tamandaré s/nº - 5º andar, Centro – Rio de Janeiro – RJ, inscrito no C.N.P.J sob o nº. 72.063.654/0001-75, neste ato representado por seu Diretor Sr. PAULO ROBERTO EIRAS FERNANDES, inscrito no CPF sob o nº. 298.420.007-10, que se encontra devidamente investido do Poder de delegação da competência, doravante denominado simplesmente ESTIPULANTE, e de outro, a **UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA.**, com sede na Av. Armando Lombardi, 400 LOJA 101 A 105, 108 E 109, Barra da Tijuca, nesta cidade, inscrita no C.N.P.J sob o nº. 42.163.881/0001-01, possuidora do Registro de Operadora nº. 39.332-1, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, neste ato representada por seu Superintendente Comercial Sr. RICARDO ESCORCIO, inscrito no CPF sob o nº. 371.460.927/04, **agindo como mandatária dos seus médicos cooperados**, doravante denominada simplesmente UNIMED-RIO, têm justa e acordada a prestação de assistência médica e hospitalar, de diagnóstico e terapia e odontologia, observados os produtos contratados, na forma das cláusulas e condições a seguir.

CLÁUSULA 1ª. DO OBJETO

O contrato tem por objeto garantir àquelas pessoas que possuam vínculo de remuneração com a Marinha do Brasil, militares e civis (ativos e inativos), pensionistas, ex-combatentes pertencentes às carteiras de **Assistência Médica e Hospitalar do Pessoal da Marinha do Brasil (AMHPMB)** e **Assistência Odontológica do Pessoal da Marinha do Brasil (AODPMB)**, que espontaneamente vierem a aderir ao presente instrumento, e aos seus respectivos dependentes e agregados eventualmente inscritos, a prestação pela UNIMED-RIO de assistência médica, hospitalar, obstétrica de diagnóstico e terapia e odontológica, através de seus médicos cooperados e de rede assistencial própria ou contratada, **desde que o ESTIPULANTE esteja sediado e/ou estabelecido no município do Rio de Janeiro e que inclua no ato da contratação uma quantidade mínima de 50 (cinquenta) Beneficiários.**

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

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

CLÁUSULA 2ª. DAS DEFINIÇÕES

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

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

- b) Ano** é o período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados do início de vigência da relação contratual de cada BENEFICIÁRIO inscrito;
- c) Assistência Ambulatorial** é aquela que assegura os atendimentos referentes a consultas médicas, exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, inclusive cirurgias de pequeno porte, para os quais não haja necessidade de internação hospitalar;
- d) Assistência Hospitalar** é aquela prestada em ambiente hospitalar, decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exijam a internação do BENEFICIÁRIO;
- e) Beneficiário de plano privado de assistência à saúde:** é a pessoa física, titular, dependente ou agregado, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado entre UNIMED-RIO e ESTIPULANTE, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica;
- f) Beneficiário dependente** é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular;
- g) Beneficiário titular** é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo contratual com uma operadora;
- h) Carência** é o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência da relação contratual individual, em que o BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou demais BENEFICIÁRIOS ainda não gozam do direito de utilizar as coberturas asseguradas pelo plano contratado;
- i) Cartão de Identificação** é o cartão individual e intransferível emitido pela UNIMED-RIO, que identifica o BENEFICIÁRIO e torna possível a utilização das coberturas contratadas;
- j) Consignante** é o responsável pelo pagamento do seu plano, caso possua, e dos planos dos respectivos dependentes e/ou agregados;
- k) Coparticipação** é a parcela da despesa a ser pago pelo CONSIGNANTE ao ESTIPULANTE, após a realização de consultas médicas, inclusive em ambiente hospitalar e das internações previstas na subcláusula 6.1.2.3.2, realizadas por si, na condição de BENEFICIÁRIO Titular e/ou pelos respectivos dependentes e agregados;
- l) Data de aniversário do contrato** é a periodicidade anual do dia e mês em que o contrato foi assinado, repetindo-se todos os anos subsequentes, durante sua vigência.
- m) Doença crônica** é a que exige tratamento ou acompanhamento médico de forma contínua ou intermitente;
- n) Eletivo** é o procedimento médico previamente programado, não considerado de urgência ou emergência;
- o) Emergência clínica ou cirúrgica** é a situação decorrente de evento imprevisto, que exige atendimento médico ou internação hospitalar imediata para superar o risco iminente de vida ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO, assim caracterizado em declaração expressa do médico-assistente;
- p) Estipulante** é a pessoa jurídica que contrata para o Grupo Beneficiável;
- q) Grupo Beneficiável** é o grupo constituído por todos aqueles que têm vínculo de remuneração com a Marinha do Brasil, militares e civis (ativos e inativos), pensionistas, e ex-combatentes, incluindo os listados na cláusula 3ª do presente contrato;
- r) Patrocinador** é o consignante que não possui plano para si próprio, porém consigna o pagamento de seus dependentes e agregados em favor do Estipulante;
- s) Sistema Nacional Unimed** é o conjunto de todas as cooperativas de trabalho médico Unimed, pessoas jurídicas distintas entre si, com autonomia administrativa, comercial e financeira, relacionadas no Guia Médico descrito na alínea “b”, da subcláusula 4.1.4;
- t) Tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar – TRAMH** é a relação de procedimentos médicos e hospitalares e seus respectivos preços, a ser utilizada nos casos em que for necessária a aferição do custo da assistência prestada, devidamente registrada em cartório, e será utilizada para fins do disposto na subcláusula 7.3 deste contrato;
- u) Tabela de Referência da Assistência Odontológica - TRAO** é a relação de procedimentos odontológicos e seus respectivos preços, a ser utilizada nos casos em que for necessária a aferição do custo da assistência prestada, devidamente registrada em cartório, e será utilizada para fins do disposto na subcláusula 6.4.3.1 deste instrumento;

v) **Termo de Responsabilidade** é o documento firmado pelo CONSIGNANTE e entregue à UNIMED-RIO por intermédio do ESTIPULANTE, no qual se responsabiliza pela utilização indevida do Cartão de Identificação perdido ou extraviado por si e/ou seus respectivos dependentes eventualmente inscritos;

w) **Urgência** é considerada exclusivamente a situação causada por acidente pessoal ou por complicações no processo gestacional; e

x) **VLE (Valor Limite por Exame)** é o valor tomado como base para o cálculo da co-participação nos exames ambulatoriais, quando contratado o plano que prevê a co-participação nas consultas e exames realizados em regime ambulatorial.

CLÁUSULA 3ª. DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados para efeito deste contrato:

a) **BENEFICIÁRIOS TITULARES** – aquelas pessoas que possuam vínculo de remuneração com a Marinha do Brasil, a saber:

- militares e funcionários civis (ativos e inativos),
- pensionistas,
- ex-combatentes e

b) **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** - aqueles que têm grau de parentesco e dependência econômica com o BENEFICIÁRIO TITULAR, assim definidos:

- cônjuge ou companheiro;
- filhos solteiros de até 24 (vinte e quatro) anos de idade;
- filhos do companheiro, enteados, tutelados, menores sob guarda por força de decisão judicial, todos equiparados aos filhos solteiros; e
- filhos inválidos de qualquer idade;

c) **BENEFICIÁRIOS AGREGADOS** – Para efeito deste Contrato, são considerados **Agregados** as pessoas com os graus de parentesco abaixo relacionados, sendo admitida sua adesão aos vários planos oferecidos desde que tenham idade máxima de 59 (Cinquenta e Nove) anos por ocasião da adesão ao contrato:

- filhos, filhos do companheiro, enteados e tutelados não caracterizados como Beneficiários dependentes;
- pais e mães;
- irmãos;
- sogros e sogras;
- noras e genros;
- netos e bisnetos,

Os Beneficiários agregados são indicados pelo consignante para apenas utilizarem a assistência objeto deste contrato, excluídos os benefícios previstos na cláusula 11ª.

CLÁUSULA 4ª. DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Fica assegurado ao ESTIPULANTE o direito à inclusão/exclusão de Beneficiários e alteração cadastral, durante a vigência do contrato, **desde que sejam solicitadas até dia 20 (vinte) do mês anterior àquele que se referir o pedido e que sejam solicitadas através de documentos ou meios próprios indicados pela UNIMED-RIO**, que passarão a fazer parte integrante deste contrato.

4.1. INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Por ocasião da adesão ao contrato, a inclusão dos BENEFICIÁRIOS far-se-á mediante o **cumprimento das carências previstas na Cláusula 8ª.**

O processo de adesão terá início, por intermédio da equipe de produção, da seguinte forma:

- a) Entrega do **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde** ao integrante da Família Naval interessado em aderir ao plano
- b) Informar aos titulares as cláusulas e condições contratuais relacionadas no **Guia de Leitura Contratual**, aplicando o princípio da informação contido no **Código de Defesa do Consumidor**, sob pena de responsabilizar-se pelo ônus eventualmente decorrente da desinformação.
- c) O encerramento do processo se dá com a assinatura da **Proposta de Contratação** pelo Titular. Quando a proposta de contratação for assinada pelo titular até dia 20 (vinte) do mês, a inclusão e o início da contagem de tempo para efeito de carências previstas na cláusula 8ª se darão no 1º dia do mês subsequente. As propostas assinadas após essa data serão incluídas no 1º dia do segundo mês subsequente.

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

- a) **recém-nascido**, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR que será dispensado das carências **desde que sua inclusão seja efetuada no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**
- b) **filho adotivo, com idade de até 12 (doze) anos**, que tenha sido adotado durante a vigência do contrato, aproveitando-se para ele os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR adotante; e de
- c) **cônjuge ou companheiro**, aproveitando-se para ele os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, **desde que sua inclusão seja efetuada no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do matrimônio ou do início do convívio em comum.**

4.1.1.1. A comprovação do matrimônio prevista na alínea “c” da subcláusula anterior far-se-á através da apresentação da certidão própria. Em relação ao convívio em comum admitir-se-á a apresentação de um dos seguintes documentos:

- a) declaração do Setor de Pessoal da CONSIGNANTE atestando que o companheiro está inscrito como dependente, nos registros do seu Setor de Pessoal;
- b) cópia da Declaração de IR atualizada entregue à Secretaria da Receita Federal;
- c) escritura de declaração lavrada em Cartório de Notas Tabelioas e que contenha a indicação de, pelo menos, duas testemunhas, conhecedoras desse fato, com qualificações e endereços completos; ou
- d) documentos diversos dos citados anteriormente, indicados pela UNIMED-RIO, que permitam a comprovação do convívio em comum.

4.1.1.2. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

- a) O Titular tenha se vinculado à Marinha do Brasil após a data do último aniversário do contrato; e
- b) A proposta de adesão seja formalizada em até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

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

4.1.3. Quando da inclusão de um Beneficiário, o CONSIGNANTE deverá apresentar à UNIMED-RIO os documentos cadastrais que identificam os Beneficiários como pertencentes às carteiras de AMHPMB e/ou AODPMB, e grau de parentesco e/ou relação de dependência econômica para os dependentes e agregados.

4.1.3.1. A UNIMED-RIO poderá solicitar, a qualquer tempo, durante a relação contratual, a comprovação da condição que caracteriza os Beneficiários como elegíveis à inclusão no contrato.

4.1.4. Após a inclusão dos BENEFICIÁRIOS, a UNIMED-RIO encaminhará ao CONSIGNANTE, para distribuição, os seguintes documentos:

a) os **Cartões de Identificação** de cada um dos BENEFICIÁRIOS que aderiram ao contrato, onde estão evidenciados, além do código e nome do BENEFICIÁRIO, o nome da CONTRATANTE, o prazo de validade do cartão e o plano contratado;

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

c) o **Guia Odontológico**, onde consta a relação de odontólogos por especialidade.

d) O **Guia de Leitura Contratual (GLC)**, onde consta, dentre outras informações, os prazos de carências, a vigência contratual, os critérios de reajuste, a segmentação assistencial e a abrangência geográfica do plano.

4.1.5 A assistência e benefícios constantes deste instrumento serão prestados aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos, a partir do primeiro dia do mês subsequente ao do pedido de inscrição, cumprindo as carências eventualmente aplicadas, **salvo o previsto na subcláusula 4.1.**

4.1.6. A inclusão do BENEFICIÁRIO dependente e/ou agregado obriga necessariamente a inclusão do BENEFICIÁRIO titular.

4.1.7. Os Beneficiários dependentes filhos solteiros; filhos do companheiro, enteados, tutelados, menores sob guarda por força de decisão judicial, que perderem a condição de dependência, serão automaticamente considerados Beneficiários agregados.

4.1.8. Com o falecimento do BENEFICIÁRIO titular, os BENEFICIÁRIOS dependentes que não tiverem direito ao benefício instituído na subcláusula 11.2, e os beneficiários agregados, poderão permanecer no contrato caso venham a se tornar pensionistas, sendo elegíveis como BENEFICIÁRIOS Titulares, com seus respectivos dependentes e/ou agregados. Aqueles que se tornarem beneficiários Titulares e que não possam consignar em bilhete de pagamento as mensalidades, opcionais e coparticipações, poderão pagá-los por meio de boleto bancário.

4.1.8.1. No período compreendido entre a comunicação do falecimento do beneficiário Titular ou do Patrocinador e a emissão da documentação que comprove a elegibilidade do(s) novo(s) titular(es), estes(s), mediante apresentação de protocolo e declaração comprovando a solicitação do Título de Pensão, poderá(ão), a título precário, permanecer no contrato pelo período de 12 (doze) meses, desde que consignem as mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais e à coparticipação, por meio de boleto bancário.

4.1.9. O militar ou servidor civil da ativa, beneficiário Titular ou Patrocinador, que for designado para comissão em outro país por período igual ou superior a 9 (nove) meses, mediante comprovação por meio de documento oficial do Comando da Marinha, pode solicitar sua exclusão e dos respectivos dependentes e agregados naquele período e, no prazo de 30 (trinta) dias da data de chegada ao Brasil solicitar a reinclusão no contrato, sem carência, e de acordo com as regras do contrato em vigor.

4.1.9.1. Para que dependentes e agregados permaneçam no contrato em virtude do afastamento do país do beneficiário Titular, este deverá permanecer no contrato.

4.1.9.2. A reinclusão de agregados com idade até 59 anos excluídos junto com o Titular será permitida, sem carência, desde que sejam observadas as demais condições contratuais vigentes à época da reinclusão.

4.1.10. O retorno do beneficiário excluído ao plano será possível somente **após 180 (cento e oitenta) dias** da data de exclusão, mediante o cumprimento das carências previstas na cláusula 8ª do contrato.

4.2. EXCLUSÃO

A exclusão por vontade própria quando assinada até dia 20 (vinte) do mês, ocorrerá no último dia do mesmo mês. Nos casos solicitados após essa data, a exclusão se dará no último dia do mês subsequente.

4.2.1. A exclusão do BENEFICIÁRIO titular ocasionará a exclusão dos respectivos dependentes e/ou agregados inscritos.

4.2.2. É obrigação do CONSIGNANTE, em caso de exclusão do próprio, do dependente e do agregado e/ou cancelamento ou rescisão do contrato, devolver os respectivos Cartões de Identificação ou os Termos de Responsabilidade firmados, e quaisquer outros documentos que possibilitem a utilização da assistência contratada, respondendo sempre e sob todos os aspectos perante a UNIMED-RIO, até a data da devolução, pelos prejuízos resultantes do uso indevido, eximindo-se a UNIMED-RIO de qualquer responsabilidade deles decorrente.

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

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

4.2.4. A exclusão do consignante dos quadros da Marinha do Brasil, exceto por falecimento, ocasionará o cancelamento da inscrição dos respectivos dependentes e agregados, mediante comunicação expressa do AMN

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

- a)** qualquer ato ilícito civil ou penal praticado pelos Beneficiários, em prejuízo da UNIMED-RIO
- b)** utilização indevida do cartão de identificação fornecido pela UNIMED-RIO conforme previsto na subcláusula 4.2.2.1
- c)** omissão ou distorção de informações que caracterize fraude em prejuízo da UNIMED-RIO

4.2.6. Todos os Beneficiários oriundos do contrato que se extingue em 29 de fevereiro de 2008 serão incluídos no presente contrato nas mesmas condições, observando as carências já adquiridas e as adaptações realizadas neste contrato.

CLÁUSULA 5ª. DOS PLANOS E DAS TRANSFERÊNCIAS

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

5.1. PLANOS CONTRATUAIS

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

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

5.1.2. Os planos UniPart Alfa e UniPart Beta asseguram, dentro do território nacional, **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos) **com co-participação sobre as consultas realizadas**.

5.1.2.1. Os planos UniPart Alfa e UniPart Beta **apresentam uma outra modalidade**, com registro de produto na ANS diferenciado e que assegura, dentro do território nacional, **assistência odontológica**, **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos) **com co-participação sobre as consultas realizadas**.

5.1.3. O plano Unimed Dental assegura, dentro do território nacional, **exclusivamente a assistência odontológica**.

5.1.4. O plano Unimed Dental I assegura, dentro do território nacional, a **assistência odontológica** acrescida dos procedimentos previstos na subcláusula 6.5 do presente contrato.

5.1.5. Os planos Unimed Alfa e UniPart Alfa, independente da sua modalidade, asseguram direito à acomodação em quarto coletivo (enfermaria), conforme o padrão da rede assistencial Alfa; e direito a acompanhante para os Beneficiários internados de até 18 (dezoito) anos de idade.

5.1.6. Os planos Unimed Beta, UniPart Beta, Unimed Delta e Unimed Omega, independente da sua modalidade, asseguram direito à acomodação em quarto individual com banheiro privativo; e direito a acompanhante para os Beneficiários internados de qualquer idade.

5.1.7. Os planos Unimed Beta e UniPart Beta, independente da sua modalidade, utilizam o padrão da rede assistencial Beta.

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

5.1.9. O plano Unimed Omega, independente da sua modalidade, utiliza o padrão da rede assistencial Omega.

5.1.10. Ficam incluídos os estabelecimentos abaixo mencionados nos seguintes planos:

a) Unimed Beta e UniPart Beta:

Rio Mar, Quinta D'Or, Clínica Pediátrica da Barra e Day Hospital.

b) Unimed Delta:

Perinatal de Laranjeiras e Clínica São Vicente da Gávea, este último especificamente para realização de hemodinâmica diagnóstica e terapêutica, cirurgia cardíaca, estudo eletrofisiológico e ablação cirúrgica.

5.2. TRANSFERÊNCIAS DE PLANOS

O CONSIGNANTE poderá optar pela transferência para outro plano previsto nesta contratação, em qualquer época, **desde que observadas as seguintes condições:**

a) Quando a transferência implicar aumento de cobertura assistencial, os BENEFICIÁRIOS deverão cumprir as carências previstas na Cláusula 8ª para os novos atendimentos, a contar da data da transferência, ficando garantida, no entanto, a utilização das coberturas do plano anterior cujas carências já tenham sido cumpridas;

b) Quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou tipo de acomodação para padrão superior, os Beneficiários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para novas internações, e 300 (trezentos) dias para parto, ficando garantida, no entanto, a utilização da rede assistencial e/ou o tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência correspondente;

c) Quando a transferência implicar redução de coberturas, não haverá interrupção para os atendimentos cujas carências já tenham sido cumpridas, devendo os BENEFICIÁRIOS, no entanto, continuar cumprindo os períodos de carência da Cláusula 8ª que estiverem em curso;

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

e) Na hipótese de inclusão, reativação, alteração e/ou transferência de plano dos dependentes e/ou agregados, estes deverão seguir obrigatoriamente o plano do titular. Já a inclusão e/ou reativação de plano do titular, deverá seguir obrigatoriamente um dos planos do grupo familiar.

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

CLÁUSULA 6ª. DAS COBERTURAS

Observadas as disposições, a abrangência geográfica e as coberturas dos planos contratados, aos BENEFICIÁRIOS fica assegurado o direito à assistência médica e hospitalar, de diagnóstico e terapia, necessária ao tratamento das doenças constantes do CID – Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas Relacionados com a Saúde), **excluídas aquelas mencionadas na Cláusula 9ª, observados o Rol de Procedimentos Médicos vigente à época da contratação e as carências estabelecidas.**

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

6.1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Os planos que prevêem assistência hospitalar com obstetrícia asseguram os seguintes atendimentos médicos e hospitalares:

a) internações clínicas e cirúrgicas, incluídos os transplantes de rim e córnea;

b) internações necessárias para atendimento de urgências e emergências, conforme definido nas alíneas “o” e “j” da Cláusula 2ª;

c) atendimento hospitalar para tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados no CID - Versão 10; e

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

6.1.1. ATENDIMENTOS MÉDICOS

Estão garantidos, exclusivamente quando realizados no período compreendido entre a data da internação e a da alta hospitalar:

- a) atendimentos prestados pelo médico-assistente cooperado, auxiliares e anestesista relativos a procedimentos clínicos e cirúrgicos;
- b) exames e procedimentos de diagnose e terapia;
- c) exames de laboratório para acompanhamento e controle da doença;
- d) exames radiológicos, cintilográficos e anatomopatológicos, considerados indispensáveis para diagnóstico e controle da doença;
- e) transfusão de sangue e seus derivados;
- f) quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal e nutrição parenteral ou enteral;
- g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos, **de acordo com prescrição médica;**
- h) atendimentos médicos realizados com doador vivo, **exclusivamente para os transplantes previstos na lei e neste contrato;** e
- i) atendimentos médicos para o BENEFICIÁRIO TITULAR, decorrentes dos casos de acidente de trabalho e suas conseqüências. **Neste caso, o ESTIPULANTE permanece responsável pelas formalidades legais necessárias à comunicação do acidente às repartições previdenciárias próprias, para efeito do cumprimento das normas relacionadas aos acidentes de trabalho.**

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

6.1.2. ATENDIMENTOS HOSPITALARES

Estão garantidos, exclusivamente quando realizados no período compreendido entre a data da internação e a da alta hospitalar:

- a) internação em quarto coletivo (enfermaria) ou em quarto individual com banheiro privativo (apartamento), **de acordo com o plano contratado;**
- b) alimentação, inclusive dietética, para o BENEFICIÁRIO internado;
- c) acomodação para um (1) acompanhante, **independente da idade do BENEFICIÁRIO internado, desde que contratado plano com direito a quarto individual, ou para BENEFICIÁRIOS internados de até 18 (dezoito) anos de idade, quando contratado quarto coletivo (enfermaria);**
- d) serviços gerais de enfermagem, **excluída a enfermagem particular;**
- e) taxas hospitalares referentes à assistência médica e hospitalar;
- f) próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e que estejam **devidamente certificadas e registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**, materiais e medicamentos necessários ao tratamento, **observado o disposto na Cláusula 9ª;**
- g) gases medicinais indispensáveis ao tratamento;
- h) uso de centro cirúrgico, unidade ou centro de terapia intensiva ou semi-intensiva, e aparelhagem indicada para o tratamento;
- i) atendimentos hospitalares realizados com doador vivo, **exclusivamente para os transplantes previstos na lei e neste contrato;** e
- j) atendimentos hospitalares para o BENEFICIÁRIO TITULAR, decorrentes dos casos de acidente de trabalho e suas conseqüências. **Neste caso, o ESTIPULANTE permanece responsável pelas formalidades legais necessárias à comunicação do acidente às repartições previdenciárias próprias, para efeito do cumprimento das normas relacionadas aos acidentes de trabalho.**

6.1.2.1. As internações hospitalares serão providenciadas através do **Pedido de Internação** preenchido **pelo médico-assistente cooperado**, justificando sua necessidade, e da **Guia de Internação** expedida, **quando autorizadas**, pela UNIMED-RIO ou pela cooperativa integrante do Sistema Nacional Unimed que vier a prestar o atendimento, contendo o prazo de internação.

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

6.1.2.3. Relativamente à cobertura dos transtornos psiquiátricos e portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química serão custeadas integralmente pela UNIMED-RIO:

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

b) além da cobertura especificada na alínea anterior, os BENEFICIÁRIOS portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise poderão dispor **de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia;** e

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

6.1.2.3.1. Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - Versão 10 estende-se a cobertura de que trata a alínea “b” da subcláusula 6.1.2.3 anterior, **para 180 (cento e oitenta) dias por ano.**

6.1.2.3.2. O custeio das internações previstas na subcláusula 6.1.2.3, após os prazos previstos, far-se-á mediante a co-participação do BENEFICIÁRIO na razão de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas ocorridas.

6.1.3. A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual exclusivamente quando destinada à reparação de funções em órgãos, membros e regiões lesadas em virtude de acidentes pessoais ocorridos durante a relação contratual de cada BENEFICIÁRIO inscrito e/ou quando destinada aos casos de má-formação congênita e/ou nos casos de cirurgia plástica reconstrutiva de mama decorrente de câncer.

6.1.4. Nos casos de urgência ou emergência, o BENEFICIÁRIO, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar a respectiva solicitação emitida pelo médico assistente, bem como a guia de internação expedida pela UNIMED-RIO ou pela cooperativa prestadora do atendimento em favor do BENEFICIÁRIO, sob pena de a UNIMED-RIO não se responsabilizar por quaisquer despesas.

6.1.4.1. Admitir-se-á tolerância para os casos de comprovada impossibilidade de cumprimento do disposto na subcláusula 6.1.4 anterior.

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

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

a) realizada entre estabelecimentos hospitalares pertencentes à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município do Rio de Janeiro e dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, observando-se o previsto na abrangência geográfica do produto contratado; ou

b) realizada, em casos de urgência e emergência, de um estabelecimento hospitalar para outro pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município do

Rio de Janeiro e dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed.

c) Nas cidades onde houver serviços próprios da Marinha, o transporte terrestre poderá ser feito de/para Hospitais Navais, **quando o Beneficiário for amparado pelo Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA)**

6.2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Quando contratados os planos que prevêm a assistência ambulatorial, estão assegurados os atendimentos referentes a consultas médicas, exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, inclusive cirurgias de pequeno porte, para os quais não haja necessidade de internação hospitalar.

6.2.1. Consultas Médicas

As consultas no município do Rio de Janeiro serão prestadas **única e exclusivamente** por médicos cooperados da UNIMED-RIO. Quando realizadas dentro das áreas de ação das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, as consultas serão prestadas pelos médicos cooperados pertencentes a estas cooperativas, **observando-se o previsto na abrangência geográfica do produto contratado.**

6.2.2. Exames Complementares, Procedimentos e Tratamentos, básicos e especializados.

Os exames complementares, procedimentos e tratamentos classificados a seguir serão realizados **exclusivamente após o cumprimento das carências fixadas na Cláusula 8ª.**

6.2.2.1. São considerados básicos os seguintes exames:

- a) análises clínicas;
- b) eletrocardiograma convencional;
- c) eletroencefalograma convencional;
- d) endoscopia diagnóstica realizada em consultório;
- e) exames e testes alergológicos;
- f) exames e testes oftalmológicos;
- g) exames e testes otorrinolaringológicos, **exceto videolaringoscopia computadorizada;**
- h) exames radiológicos simples sem contraste;
- i) histocitopatologia;
- j) prova de função pulmonar;
- k) teste ergométrico.

6.2.2.2. A inaloterapia é considerado um tratamento básico.

6.2.2.3. São considerados especializados os seguintes exames:

- a) angiografia;
- b) arteriografia;
- c) cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada;
- d) densitometria óssea;
- e) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido;
- f) eletrocardiografia dinâmica (Holter), monitorização ambulatorial de pressão arterial;
- g) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral;
- h) eletromiografia e eletroneuromiografia;
- i) endoscopias **que não possam ser realizadas em consultório;**
- j) exames de análises clínicas pelo método de pesquisa P.C.R. e histocitopatológicos por histoquímica, hibridização molecular e pesquisa de anticorpos Anti-HTLV III (HIV) – Western Blot;
- k) medicina nuclear;
- l) mielografia;
- m) radiologia com contraste, radiologia intervencionista e neurorradiologia;
- n) ressonância nuclear magnética;

- o) tomografia computadorizada; e
- p) ultrassonografia, perfil biofísico fetal e tococardiografia.

6.2.2.4. São considerados especializados os seguintes procedimentos e tratamentos:

- a) acupuntura;
- b) fisioterapia;
- c) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- d) litotripsia;
- e) quimioterapia e radioterapia;
- f) transfusão de sangue e hemoderivados; e
- g) tratamento esclerosante de varizes, **limitado a 10 (dez) sessões por ano, não-cumulativas;**
- h) fonoaudiologia, **até o limite máximo de 30 (trinta) sessões por ano por Beneficiário, não cumulativas.**

6.2.2.5. Todos os exames, tratamentos e procedimentos relacionados na subcláusula 6.2.2 somente serão realizados mediante pedido por escrito do médico-assistente cooperado, sendo que os especializados, mencionados nas subcláusulas 6.2.2.3 e 6.2.2.4, exigem autorização prévia da UNIMED-RIO.

6.2.2.6. Na cidade do Rio de Janeiro, as sessões de fonoaudiologia serão realizadas exclusivamente pelos prestadores pertencentes à rede assistencial da UNIMED-RIO. Nos demais municípios do território brasileiro, as sessões de fonoaudiologia serão pagas diretamente pelo consignante ao prestador de serviço e serão, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação da documentação própria, reembolsadas pela UNIMED-RIO, até o valor de uma consulta que é paga ao seu médico cooperado.

6.2.3. Psicoterapia de Crise

Os BENEFICIÁRIOS terão direito ao custeio integral de 12 (doze) sessões de psicoterapia por ano, não-cumulativas, quando indicadas e iniciadas imediatamente após o atendimento das situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes. **A Psicoterapia de Crise exige autorização prévia da UNIMED-RIO.**

6.3. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL COM CO-PARTICIPAÇÃO

Quando contratados os planos que prevêm a assistência ambulatorial com co-participação, estão assegurados os atendimentos previstos na subcláusula 6.2 do contrato, mediante a co-participação do Beneficiário nas despesas de consultas realizadas em regime ambulatorial.

O valor da coparticipação nas consultas médicas dos beneficiários pertencentes aos planos Unipart Alfa e Unipart Beta, previsto nas subcláusulas 5.1.2 e 5.1.2.1 está discriminado no Anexo A – Tabela de Preços em Vigor (8º aditivo)

6.4. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A assistência odontológica abrange **única e exclusivamente** o conjunto dos procedimentos realizáveis em consultório, compreendendo exames clínicos, radiologia, prevenção, dentística restauradora, endodontia, periodontia e cirurgia oral menor e será prestada após a realização de perícia prévia.

6.4.1. Na cobertura odontológica estão incluídas as consultas de urgência e emergência e de rotina, radiografias periapicais e oclusais, restaurações de uma, duas, três ou quatro superfícies, de ângulo e de superfície radicular, remoção de placa bacteriana, remoção de tártaro, polimento coronário, aplicação de flúor, tratamento e retratamento endodôntico (canal), extrações dentárias, apicectomias, biópsias, cirurgias orais menores, incisão e drenagem de abscessos, redução de fraturas alvéolo-dentárias e reimplante de dentes avulsionados. **Excetuam-se da cobertura odontológica todos os procedimentos das especialidades de ortodontia, implantodontia e de prótese dental, nesta última incluídos pinos, blocos, pontes, coroas e dentaduras.**

6.4.2. Entende-se por urgência e emergência odontológica, os seguintes atendimentos: curativo em caso de hemorragia bucal; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/ necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; e reimplante de dente avulsionado.

6.4.3. A cobertura odontológica será prestada, **única e exclusivamente**, dentro do território nacional através de rede assistencial contratada, sendo, atualmente, prestada pela UNIODONTO RJ COOPERATIVA ODONTOLÓGICA LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 28.958.148/0001-52.

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

6.5. Os Beneficiários que optarem pela contratação do plano Unimed Dental I, observados o **período de carência de 180 (cento e oitenta) dias para esta cobertura**, terão assegurados as seguintes coberturas adicionais:

- a) radiografia panorâmica;
- b) recimentação de incrustação (recolocação);
- c) recimentação de coroas (recolocação);
- d) recimentação de próteses fixas (recolocação);
- e) coroa provisória em dentes anteriores;
- f) conserto de prótese total ou parcial;
- g) reembasamento de prótese total ou parcial;
- h) restauração metálica fundida em metal não nobre (bloco);
- i) núcleo metálico fundido em metal não nobre;
- j) coroa total metálica em metal não nobre;
- k) coroa de jaqueta acrílica; e
- l) prótese parcial removível provisória em acrílica com ou sem grampos.

6.5.1. Os Beneficiários inscritos no plano UNIMED DENTAL I somente poderão migrar para o plano odontológico de menor cobertura (UNIMED DENTAL) após 12 (doze) meses de permanência no plano de origem.

6.5.2. A Tabela de Referência da Assistência Odontológica (Unimed Dental I) encontra-se registrada no Cartório do 3º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº. 756.668.

6.6. Os preços do plano Dental e Plano Dental I com coberturas previstas, respectivamente, nas subcláusulas 6.4.1 e 6.5 deste contrato, estão discriminados no **Anexo A – Tabela de Preços em Vigor.**

CLÁUSULA 7ª. DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Para que os BENEFICIÁRIOS recebam o atendimento médico, hospitalar e odontológico contratado, é necessário que:

- a) tenham cumprido os prazos de carência fixados;
- b) os atendimentos médicos sejam executados exclusivamente por médico cooperado, exceto nos casos previstos na subcláusula 7.3;

- c) os atendimentos odontológicos sejam executados exclusivamente pela rede assistencial contratada, exceto nos casos previstos na subcláusula 6.4.3.1;
- d) sejam respeitados as coberturas e os limites assegurados no plano contratado e as demais condições previstas para a sua prestação; e
- e) seja apresentado o Cartão de Identificação com um documento de identidade oficialmente reconhecido do BENEFICIÁRIO ou do responsável por este.

7.1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA COBERTURA DOS PRODUTOS

7.1.1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA NACIONAL

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

- a) se estiverem no município do Rio de Janeiro, serão atendidos diretamente pela UNIMED-RIO através dos seus médicos cooperados e da sua rede credenciada de hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros; e
- b) se estiverem nos demais municípios do território brasileiro, serão atendidos por uma das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, sempre em conformidade com os respectivos recursos técnicos de que disponha para fazê-lo. Nesse caso, o BENEFICIÁRIO deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 24 horas da UNIMED-RIO, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento.

7.2. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

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

7.3. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES

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

7.3.1.1. O reembolso mencionado na subcláusula 7.3.1 será feito mediante a apresentação dos documentos previstos na subcláusula 7.3.2 e tomando como base os valores constantes da Tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar da UNIMED-RIO vigente na data do evento, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias** após a apresentação dos documentos originais.

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

- a) relatório do médico-assistente constando: nome do paciente, justificativa para o atendimento de urgência ou emergência, tratamento efetuado, data do atendimento e tempo de permanência no hospital, e datas de internação e alta hospitalar, quando for o caso;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos utilizados e o preço por unidade, juntamente com as notas fiscais devidamente quitadas, ou recibos do estabelecimento hospitalar;
- c) recibo de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros profissionais, discriminando as funções e o evento a que se referem; e
- d) comprovantes relativos aos exames e serviços complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido do médico-assistente.

7.3.3. Os valores constantes da Tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar da UNIMED-RIO serão reajustados financeiramente pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a Assistência Médica e Hospitalar.

7.4. ATENDIMENTOS REALIZADOS EM DESACORDO COM O PLANO CONTRATADO

A UNIMED-RIO não se responsabilizará pelos atendimentos realizados em desacordo com o disposto no plano contratado, bem como por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com médicos cooperados ou não, hospitais ou entidades credenciadas ou não, correndo essas despesas por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

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

A UNIMED-RIO reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial constante do Guia Médico e /ou Odontológico referido na subcláusula 4.1.4, bem como de contratar novos prestadores de serviço, obedecidos os critérios previstos em lei, sempre buscando o aprimoramento dos atendimentos assegurados neste contrato, comunicando à ESTIPULANTE as alterações efetuadas na rede assistencial e mantendo em seus escritórios Guia Médico e/ou Odontológico permanentemente atualizado à disposição do CONSIGNANTE.

7.6. PERDA OU EXTRAVIO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

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

7.7. INSPEÇÃO E PERÍCIA

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

CLÁUSULA 8ª. DAS CARÊNCIAS

A assistência prevista neste instrumento será prestada aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos, observadas as condições deste instrumento e as coberturas do produto contratado, imediatamente após o cumprimento das carências específicas, a saber:

- a) 24 (vinte e quatro) horas** para atendimentos de urgência e emergência;
- b) 30 (trinta) dias** para consultas médicas; exames de análises clínicas e histocitopatológicos, **exceto** os constantes das alíneas subseqüentes; exames radiológicos **simples sem contraste**; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos, **exceto** videolaringoestroboscopia computadorizada; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inaloterapia; e provas funcionais respiratórias;
- c) 90 (noventa) dias** para procedimentos cirúrgicos de porte anestésico 0 (zero) realizados em consultório (**exceto tratamento esclerosante de varizes**); densitometria óssea; monitorização ambulatorial de pressão arterial; endoscopias diagnósticas realizadas em consultório; exames e testes alergológicos; exames radiológicos com contraste, **exceção feita aos constantes das alíneas subseqüentes**; fisioterapia; eletrocardiografia dinâmica (Holter); teste ergométrico; ultrassonografia, **à exceção das constantes das alíneas subseqüentes**; perfil biofísico fetal e tococardiografia;
- d) 180 (cento e oitenta) dias** para ultrassonografia morfológica; dopplerfluxometria e videolaringoestroboscopia computadorizada;

- e) **180 (cento e oitenta) dias** para ecocardiografia/ecodoppler; e ultrassonografia com Doppler;
- f) **180 (cento e oitenta) dias** para exames de análises clínicas pelo método de pesquisa P.C.R. e histocitopatológicos por histoquímica; hibridização molecular; e pesquisa de anticorpos Anti-HTLV III (HIV) - Western Blot;
- g) **180 (cento e oitenta) dias** para eletroencefalograma prolongado; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletromiografia; e eletroneuromiografia;
- h) **180 (cento e oitenta) dias** para medicina nuclear; cintilografia; mielografia; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; tratamento esclerosante de varizes; acupuntura; e litotripsia;
- i) **180 (cento e oitenta) dias** para diagnósticos e/ou cirurgias por vídeo; endoscopias que não possam ser realizadas em consultório; laparoscopia diagnóstica e terapêutica; diálise peritoneal; diálise peritoneal – CAPD; hemodiálise; internações clínicas ou cirúrgicas; transplante de rim e córneas; fornecimento de próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico; internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos e quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química; psicoterapia de crise; cirurgia refrativa (correção de miopia e astigmatismo); quimioterapia; radioterapia; transfusão de sangue e hemoderivados; angiografia; angioplastia; arteriografia; cineangiocoronariografia; procedimentos de hemodinâmica; neurorradiologia; radiologia intervencionista; e assistência odontológica;
- j) **180 (cento e oitenta) dias** para fonoaudiologia; e todos os demais atendimentos médicos não elencados nesta cláusula; e.
- k) **300 (trezentos) dias** para parto a termo.

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

Os casos de urgência e emergência, conforme definidos nas alíneas “o” e “j” da Cláusula 2ª, respectivamente, ocorridos durante o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, não terão direito às coberturas assistenciais.

8.1.1. Os casos de emergência e os de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional, verificados durante os prazos carenciais, terão atendimento exclusivamente em regime ambulatorial e pelo período máximo de 12 (doze) horas contados do seu início.

8.1.1.1. Ao término do prazo das 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial e/ou havendo necessidade de internação hospitalar caracterizada pelo médico-assistente, mesmo que dentro dessas doze primeiras horas, cessará para a UNIMED-RIO a responsabilidade pelas despesas médicas e hospitalares. A UNIMED-RIO garantirá a remoção do paciente, através de ambulância devidamente equipada, para uma unidade do SUS que disponha de recursos para continuidade do atendimento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nesta unidade SUS.

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

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

8.2. APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Haverá aproveitamento de carências para novas adesões de Beneficiários com idade de até 59 (cinquenta e nove) anos, desde que sejam oriundos de planos nacionais da Unimed-Rio, que o

documento de inclusão seja entregue à UNIMED-RIO até 30 dias da data de cancelamento do plano anterior e que esteja adimplente com as mensalidades.

8.2.1. Os Beneficiários que, atendendo ao disposto na subcláusula acima, sejam oriundos de plano ou seguro-saúde com abrangência nacional, contratado antes do início de vigência da Lei 9.656/98 e ainda não adaptado, cumprirão 180 (cento e oitenta) dias de carência para as novas coberturas previstas na referida Lei.

CLÁUSULA 9ª. DAS COBERTURAS EXCLUÍDAS

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

- a) atendimentos de casos de acidentes do trabalho e suas conseqüências para os dependentes, bem como doenças ocupacionais. O ESTIPULANTE permanece responsável pelas formalidades legais necessárias à comunicação do acidente e da doença às repartições previdenciárias próprias, para efeito do cumprimento das normas relacionadas aos acidentes do trabalho e doenças ocupacionais para os BENEFICIÁRIOS TITULARES;**
- b) atendimentos domiciliares e enfermagem particular, independente das condições do BENEFICIÁRIO;**
- c) atendimentos em casos decorrentes de cataclismos, epidemias, calamidade pública, conflitos sociais, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente;**
- d) atendimentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da relação contratual individual ou do cumprimento das carências previstas;**
- e) atendimentos médicos e hospitalares prestados por médicos não cooperados da UNIMED-RIO ou do Sistema Nacional Unimed ou, ainda, de entidades não contratadas por estes, salvo o disposto na subcláusula 7.3;**
- f) aviamento de óculos (armação e lentes), aparelhos de amplificação sonora individual, aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza e seus acessórios, salvo aquelas ligadas ao ato cirúrgico e que estejam devidamente certificadas e registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;**
- g) *check-up*;**
- h) cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não-reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- i) despesas com acompanhante e extraordinárias do BENEFICIÁRIO, estas entendidas como aquelas não cobertas pelo plano do mesmo;**
- j) exames clínicos e complementares, de caráter ocupacional, admissionais, demissionais, periódicos, 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, assim como outros programas que existam ou venham a ser editados pelo governo;**
- k) psicologia, por não se constituir ato médico, não estando incluída na contratação;**
- l) fornecimento de vacinas;**
- m) inseminação artificial;**
- n) materiais, medicamentos, próteses e órteses importados não-nacionalizados;**
- o) materiais e medicamentos, exceto em internações e atendimentos, estes últimos em caráter de urgência e emergência e desde que observados os limites contratados neste instrumento;**
- p) necropsias;**
- q) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos e cirurgias plásticas não-restauradoras;**
- r) remoção, ressalvado o previsto nas subcláusulas 6.1.6 e 8.1.1.1;**

- s) transplantes, implantes, procedimentos e exames específicos necessários à realização dos mesmos, inclusive despesas de qualquer natureza com doadores, exceção feita aos transplantes de rim e córnea;
- t) tratamento clínico ou cirúrgico experimental; e
- u) tratamentos em estâncias hidrominerais, convalescença, invalidez, emagrecimento (exceto os tratamentos de obesidade mórbida), 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.

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

O ESTIPULANTE obriga-se a pagar à UNIMED-RIO, por seus beneficiários, os valores constantes das tabelas relativas ao preço mensal por beneficiário, de acordo com o produto, coparticipações e coberturas opcionais contratadas.

As tabelas de preços estão discriminadas no **Anexo A – Tabela de Preços em Vigor**.

10.1. CÁLCULO DO PREÇO MENSAL POR BENEFICIÁRIO

Os preços mensais são fixados com base em cálculo atuarial, que leva em consideração: os custos da assistência assegurada conforme o plano escolhido; os benefícios colocados à disposição dos BENEFICIÁRIOS; bem como a frequência de utilização dos mesmos, sendo estabelecidos de acordo com o perfil etário.

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

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

10.1.1.1. O deslocamento para a faixa etária superior, de qualquer um dos BENEFICIÁRIOS, implicará reajuste dos respectivos preços mensais, a ser aplicado automaticamente a partir do mês seguinte ao do aniversário, de acordo com os percentuais de reajuste previstos na tabela da subcláusula 10.1.1.1.2 do presente contrato.

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

10.1.1.1.2. Variação de reajuste por Faixa Etária

Os percentuais relativos aos reajustes por faixa etária se encontram discriminados no Anexo A – Tabela de Preços em Vigor.

10.2. REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro tomará como base a variação do IGP (Índice Geral de Preços) – Segmento Saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo, visando a manter o equilíbrio financeiro do contrato em relação ao aumento dos custos médicos e hospitalares, incluídos novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento. Observar-se-á, ainda, a eventual criação de novos tributos e contribuições, ou quaisquer acréscimos ou decréscimos nos tributos ou

contribuições já existentes e que poderão alterar o valor dos preços proporcionalmente à sua efetiva incidência no período contratual.

10.2.1. O reajuste financeiro será aplicado anualmente.

10.2.2. Os valores das mensalidades, coparticipações e opcionais relativos às inclusões de BENEFICIÁRIOS Titulares e seus respectivos dependentes e agregados, independente da data de ingresso no plano, serão reajustados quando do aniversário do contrato, unificando-se as respectivas datas base.

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

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

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

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

$$\text{ISper} = \text{S/R} \times 100$$

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

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

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

Sendo:

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

10.3.3.1. O ISmax está definido como de 80% (oitenta por cento).

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

10.4. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO DO ESTIPULANTE

10.4.1. O ESTIPULANTE deverá quitar até a data do vencimento, nos locais indicados, as faturas mensais, ou outros meios que vierem a ser indicados pela UNIMED-RIO, compreendendo a cobrança, sob a forma de pós-pagamento, das mensalidades e dos valores relativos às coberturas opcionais e à coparticipação, de todos os BENEFICIÁRIOS inscritos no mês a que se referir.

10.4.1.1. A UNIMED-RIO deverá encaminhar ao ESTIPULANTE, mensalmente, o demonstrativo da fatura apresentada, contendo os seguintes dados: beneficiários, planos, datas de nascimento, tipos de beneficiários, endereços e valores cobrados, inclusive dos opcionais e coparticipações.

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

10.5. ATRASO NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES PELO ESTIPULANTE

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

de grande circulação, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, incidindo no período entre o dia seguinte ao do vencimento e ao do efetivo pagamento, ficando o ESTIPULANTE igualmente sujeito ao pagamento de multa de 10% (dez por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

10.6. NÃO ASSUNÇÃO DAS DESPESAS COM O ATENDIMENTO

Se as mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais e à coparticipação, permanecerem sem pagamento por prazo igual ou superior a 10 (dez) 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 dessa contratação, até a liquidação do débito, comprometendo-se, nessa hipótese, o ESTIPULANTE a informar essa não assunção a todos os seus BENEFICIÁRIOS inscritos.

10.7. Os preços dos planos com co-participação serão reajustados, durante a vigência deste contrato, até que fiquem 15% menores que os dos seus equivalentes sem co-participação. Caso a sinistralidade dos planos com co-participação fique igual ou menor a 80% no período em análise para o reajuste, esta medida não será adotada. (Alt.6º. Aditivo)

10.8. Os preços dos agregados anteriores a março/2005 (Agregados I) serão equiparados aos preços dos agregados incluídos após março/2005 (agregados II), durante a vigência do contrato.

10.9. O ESTIPULANTE obriga-se a pagar integralmente à UNIMED-RIO as mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais e a coparticipação, sob a forma de pós-pagamento, sob pena de sujeitar-se à multa e encargos moratórios, nos vencimentos previstos nas subcláusulas 10.9.1 e 10.9.2 deste contrato.

10.9.1. Valores recolhidos através do Sistema de Pagamento da Marinha (SISPAG) serão repassados mensalmente até o 2º (segundo) dia útil de cada mês.

10.9.2. Valores referentes aos boletos bancários serão repassados mensalmente nas seguintes datas:

- a) no segundo dia útil após o dia 10 (dez) de cada mês; e
- b) até o dia 20 (vinte) de cada mês, os valores remanescentes acrescidos de juros de mora de 1% (um por cento).

10.10. COBRANÇA DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS E SEU PAGAMENTO PELO CONSIGNANTE

A cobrança das contraprestações pecuniárias devidas pelos CONSIGNANTES é de responsabilidade do ESTIPULANTE. O Beneficiário Titular e/ou Patrocinador é responsável pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e dos seus respectivos dependentes e agregados, terá estas despesas incluídas no seu bilhete de pagamento ou boletos bancários.

A autorização para cobrança e o pagamento das contraprestações pecuniárias ocorre no momento em que o CONSIGNANTE assina a proposta para adesão ao plano e se dará da seguinte forma:

- a) Para os militares (ativos e inativos) e seus pensionistas o pagamento será sempre feito por meio de consignação em bilhete de pagamento;
- b) Para os servidores civis (ativos e inativos), ex-combatentes e seus pensionistas por meio de consignação em boleto bancário emitido pelo ESTIPULANTE;
- c) Na hipótese do CONSIGNANTE militar ou pensionista de militar não possuir, no ato da contratação, margem consignável para pagamento das contraprestações pecuniárias, este será implantado em boleto bancário, devendo ser transferido para bilhete de pagamento tão logo passe a ter margem consignável;

d) Na hipótese do CONSIGNANTE militar ou pensionista de militar perder margem consignável após a contratação do plano, a consignação das mensalidades e dos valores relativos às coberturas de opcionais e coparticipações será transferida automaticamente para boleto bancário. Deverá ser cumprido o prazo de três boletos bancários com pagamento em dia, para que seja efetuada a solicitação do retorno para desconto em bilhete de pagamento.

10.10.1. RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS CONSIGNAÇÕES

O recebimento do bilhete de pagamento indicando desconto em favor do ESTIPULANTE não significa que o valor foi efetivamente repassado. É da responsabilidade do CONSIGNANTE a verificação se os descontos foram realizados e se os valores estão de acordo com os pactuados.

10.11. PAGAMENTO POR BOLETO BANCÁRIO

O CONSIGNANTE que se utiliza da modalidade boleto bancário deverá quitar até dia 10 (dez) de cada mês, nos locais indicados, os avisos de cobrança mensal, ou outros meios que vierem a ser indicados pelo ESTIPULANTE, compreendendo a cobrança, sob a forma de pós-pagamento, das mensalidades, opcionais e coparticipações, dos BENEFICIÁRIOS inscritos no mês a que se referir.

10.12. Caso o CONSIGNANTE não receba o boleto bancário em até 5 (cinco) dias antes da data de vencimento, deverá providenciar junto ao ESTIPULANTE a emissão da 2ª via, promovendo, no prazo, o pagamento do valor referente ao mês em questão, sob pena de sujeitar-se à multa e encargos moratórios.

10.13. 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. A correção, verificada a sua procedência, será realizada na cobrança imediatamente a seguir.

10.14. ATRASO NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES PELO BENEFICIÁRIO

As mensalidades, os valores relativos às coberturas opcionais e às coparticipações que não forem pagos pelos CONSIGNANTES ao ESTIPULANTE até o vencimento, serão atualizados de acordo com a variação do CDI-CETIP (Certificados de Depósitos Interfinanceiros – CETIP), publicado nos jornais de grande circulação, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, incidindo no período entre o dia seguinte ao do vencimento e ao do efetivo pagamento, ficando o CONSIGNANTE igualmente sujeito ao pagamento de multa de 10% (dez por cento) sobre o débito e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

10.15. SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO POR ATRASO IGUAL OU SUPERIOR A 30 (TRINTA) DIAS NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES

Nos casos em que as mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais e à coparticipação, permaneçam sem pagamento por prazo igual ou superior a 30 (trinta) dias, o ESTIPULANTE poderá solicitar a UNIMED-RIO a suspensão de todo e qualquer atendimento que esteja sendo obtido ou que venha ser obtido pelo BENEFICIÁRIO Titular e seus respectivos dependentes e agregados, até a liquidação do mesmo, estando a UNIMED-RIO obrigada a proceder a movimentação cadastral.

10.16. EXCLUSÃO DO PLANO POR ATRASO IGUAL OU SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES

Nos casos em que as mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais e à coparticipação permaneçam sem pagamento por prazo igual ou superior a 60 (sessenta) dias, o ESTIPULANTE poderá solicitar a UNIMED-RIO a exclusão do BENEFICIÁRIO Titular e seus respectivos dependentes e agregados, estando a UNIMED-RIO obrigada a proceder a movimentação cadastral.

10.16.1. No caso de exclusão por atraso no pagamento da mensalidade no prazo determinado acima, o ESTIPULANTE deverá solicitar a exclusão do CONSIGNANTE até dia 20 (vinte) do mês, para que seja processada no último dia do mesmo mês. Nos casos solicitados após essa data, a exclusão se dará no último dia do mês subsequente.

10.16.2. O ESTIPULANTE estará obrigado a pagar integralmente à UNIMED-RIO a mensalidade e os valores relativos às coberturas opcionais e à coparticipação, no período de inadimplência do CONSIGNANTE, inclusive o mês que a exclusão for processada.

10.17. RESPONSABILIDADE PELAS COBRANÇAS E MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS

10.17.1. A UNIMED-RIO estará obrigada a suspender o atendimento ou excluir o CONSIGNANTE previamente indicado pelo ESTIPULANTE, sendo toda a movimentação de suspensão de atendimento e exclusão de absoluta e exclusiva responsabilidade do ESTIPULANTE.

10.17.2. O ESTIPULANTE assumirá exclusivamente todo e qualquer custo decorrente de seus atos, conforme descrito na subcláusula 10.17.3, inclusive aqueles judiciais, obrigando-se, para tanto, a assumir o pólo passivo das referidas ações, requerendo de imediato a exclusão da UNIMED-RIO do mesmo, tão logo tome conhecimento do ajuizamento da ação. Caso não seja possível, desde já, fica a UNIMED-RIO autorizada a emitir fatura complementar com o valor que eventualmente tenha sido suportado em razão dessas ações.

10.17.3. Entende-se como de responsabilidade do ESTIPULANTE toda e qualquer ação decorrente de seus atos, tais como:

- a) movimentações cadastrais (exclusão e suspensão de atendimento); e
- b) cobranças e todas as vertentes que envolvem este processo (valores que não os informados pela UNIMED-RIO, devoluções aos signatários de valores pagos decorrentes de cobranças indevidas e notificações de inadimplência).

10.17.4. Em caso de litígios ou questionamentos envolvendo cobranças, custos das mensalidades, exclusões e suspensões originadas pelo ESTIPULANTE, a UNIMED-RIO poderá solicitar esclarecimentos e envio de documentações necessárias à elaboração de defesas ou manifestações judiciais que envolvam seus associados.

10.18. A UNIMED-RIO só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos BENEFICIÁRIOS, sem a anuência da ESTIPULANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude; ou
- b) por perda do vínculo do titular ou dos dependentes e agregados inscritos.

CLÁUSULA 11ª. DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS

Aos BENEFICIÁRIOS inscritos em produtos com abrangência geográfica nacional serão automaticamente concedidos os seguintes benefícios especiais, sem qualquer custo adicional:

11.1. SEGURO POR MORTE NATURAL OU MORTE ACIDENTAL

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

- a) Estar regularmente inscrito como BENEFICIÁRIO titular junto à UNIMED-RIO em produto com abrangência geográfica nacional e estar o ESTIPULANTE em dia com o repasse das mensalidades e dos valores relativos às coberturas opcionais e à coparticipação, estas quando do plano de assistência médica e hospitalar na data do óbito.

- a) ter cumprido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias de permanência no contrato, contados da data do início da relação contratual individual, para a morte natural e 24 (vinte e quatro) horas, para a morte acidental; e
- b) ter a idade máxima de 65 (sessenta e cinco) anos por ocasião da data do início da sua relação contratual individual como BENEFICIÁRIO TITULAR.

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

ESTADO CIVIL DO BENEFICIÁRIO TITULAR	BENEFICIÁRIOS
1. Casado (a).	O cônjuge e, na falta deste, os filhos.
2. Viúvo (a), divorciado (a), separado (a) judicialmente, solteiro (a), com filhos e com companheira (o) registrada (o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis.	50% (cinquenta por cento) a (o) companheira (o) e 50% (cinquenta por cento) aos filhos.
3. Viúvo (a), divorciado (a), separado (a) judicialmente, solteiro (a), sem filhos e com companheira (o) registrada (o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis.	A (o) companheira (o).
4. Viúvo (a), divorciado (a), separado (a) judicialmente, solteiro (a), sem companheira (o) e com filhos.	Os filhos em partes iguais com reversão entre si.
5. Viúvo (a), divorciado (a), separado (a) judicialmente, solteiro (a), sem companheira (o) e sem filhos.	Os pais, na falta destes, os irmãos, em partes iguais e, na falta destes, segundo a ordem de sucessão, conforme a legislação pertinente.

11
.1.
1.
1.
O
B
E
N
E
F
I
C
I
Á
R
O
po
de
rá,
a
qu
alq
ue
r

tempo, solicitar, por escrito, a alteração dos seus beneficiários.

11.1.2. Para fazer jus ao benefício, os beneficiários do titular falecido, por intermédio do ESTIPULANTE, deverão apresentar à UNIMED-RIO os seguintes documentos em cópias autenticadas:

- a) certidão de óbito;
- b) carteira de identidade e CPF do BENEFICIÁRIO TITULAR;
- c) boletim de ocorrência policial, laudo cadavérico, laudo de dosagem toxicológica (se for o caso), inquérito policial (se for o caso), **no caso de morte acidental**;
- d) certidão de casamento atualizada (emitida após o óbito) e carteira de identidade do beneficiário, **quando este for o cônjuge**;
- e) carteira de identidade ou certidão de nascimento dos beneficiários, **quando estes forem filhos ou pais**;
- f) documento que comprove a condição de companheirismo do beneficiário, **no caso de companheiro (a)**; e
- g) alvará judicial e, **quando for o caso**, termo de tutela ou de curatela dos beneficiários, **no caso de incapazes ou relativamente capazes.**

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

11.1.3. Está excluída da cobertura de morte natural a morte decorrente de:

- a) **uso de material nuclear**;
- b) **atos ou operações de guerra ou outras perturbações da ordem pública**; e

c) **doenças ou lesões preexistentes à época do início da relação contratual individual.**

11.1.4. Está excluída da cobertura de morte acidental a morte decorrente de:

- a) **uso de material nuclear;**
- b) **atos ou operações de guerra ou outras perturbações da ordem pública;**
- c) **doenças ou lesões preexistentes à época do início da relação contratual individual;**
- d) **competições e treinos preparatórios com veículos;**
- e) **quaisquer alterações mentais, decorrentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;**
- f) **convulsões da natureza;**
- g) **ato reconhecidamente perigoso não motivado por necessidade justificada e a prática de atos ilícitos ou contrários à lei, pelo BENEFICIÁRIO;**
- h) **qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;**
- i) **parto, aborto e suas conseqüências;**
- j) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, e as decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- k) **suicídio ou tentativa de suicídio voluntário e premeditado;**
- l) **choque anafilático e suas conseqüências;**
- m) **acidentes ocorridos antes da data do início da relação contratual individual do BENEFICIÁRIO TITULAR;**
- n) **quaisquer doenças, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidentes, exceto infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível; e**
- o) **intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**

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

11.1.6. Os valores do seguro por morte natural e por morte acidental estão discriminados no Anexo A – Tabela de Preços em vigor.

11.1.7. Atualmente, o seguro previsto nesta é garantido pela UNIMED SEGURADORA S.A., inscrita no CNPJ sob o nº 92.863.505/0001-06. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar esse seguro com outra seguradora, a qualquer momento durante a relação contratual.

11.2. BENEFÍCIO FAMÍLIA

É o benefício que garante aos BENEFICIÁRIOS dependentes relacionados na subcláusula 11.2.2 adiante permanecerem com direito, **única e exclusivamente**, à assistência médica e hospitalar após a morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, sem pagar as mensalidades, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contado da data do óbito, **observadas as condições estabelecidas neste contrato, em especial nesta e nas a seguir:**

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

- a) **o BENEFICIÁRIO TITULAR deve estar inscrito em produto com abrangência geográfica nacional há mais de 6 (seis) meses;**
- b) **o pagamento das mensalidades referentes a este contrato deve estar em dia na data do óbito;**
- c) **a assistência médica e hospitalar a que os BENEFICIÁRIOS dependentes terão direito através do BENEFÍCIO FAMÍLIA será igual àquela que possuíam, quando do falecimento do BENEFICIÁRIO TITULAR;**

- d) a cobertura odontológica e as coberturas opcionais estão excluídas do **BENEFÍCIO FAMÍLIA**, independente de contratados no plano anterior à concessão deste benefício;
- e) a cobertura odontológica e as coberturas opcionais não poderão ser incluídas após a concessão do **BENEFÍCIO FAMÍLIA**, mesmo que os **BENEFICIÁRIOS** se disponham a efetuar o pagamento dos mesmos; e
- f) os **BENEFICIÁRIOS** dependentes devem apresentar a certidão de óbito do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, além dos documentos necessários para a comprovação da dependência.

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

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

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

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

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

11.2.6. Os Cartões de Identificação dos **BENEFICIÁRIOS** dependentes serão substituídos pelos Cartões de Identificação do **BENEFÍCIO FAMÍLIA**.

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

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

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

11.2.10. Os Beneficiários que perderem o vínculo de remuneração com a Marinha do Brasil ou com o AMN e seus Departamentos, não poderão aderir ao presente contrato e tão somente contratar

diretamente à UNIMED-RIO, escolhendo uma das contratações individuais/familiares que estiverem sendo oferecidas por essa operadora de planos de saúde, na ocasião.

11.2.11. O direito ao Benefício Família não se encerra para seus contemplados com o término deste contrato ou suas renovações, devendo a UNIMED-RIO arcar com este benefício até o término do prazo previsto de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA 12ª. DA VIGÊNCIA E RESCISÃO DO CONTRATO

12.1. O presente contrato terá **vigência de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir de 01 de março de 2008 até 29 de fevereiro de 2012, podendo ser renovado por um período de mais vinte quatro meses subsequentes**, caso haja interesse e acordo expresso, neste sentido, entre as partes. Fica acordado que o seu encerramento, por qualquer motivo, sempre ocorrerá no último dia do mês que for estabelecido, sem prejuízo do recebimento da mensalidade correspondente.

12.1.1. O ESTIPULANTE poderá, no entanto, **denunciar o contrato antes do término do prazo mínimo** previsto na subcláusula anterior, mediante comunicação escrita com antecedência de 90 (noventa) dias

12.2. Será considerado rescindido o contrato, com a exclusão de todos os **BENEFICIÁRIOS inscritos, independente de aviso ou notificação, se o ESTIPULANTE não repassar as mensalidades por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem prejuízo da quitação dos valores em atraso ou a critério da UNIMED-RIO, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, porventura realizadas no período de inadimplência.**

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

- a) qualquer ato ilícito civil ou penal** praticado pelo estipulante, em prejuízo da UNIMED-RIO;
- b) omissão ou distorção de informações** praticado pelo estipulante que caracterize fraude em prejuízo da UNIMED-RIO.

12.4. Rescindir-se-á o contrato, ainda, **independente de aviso ou notificação**, se no decorrer da relação contratual houver **menos de 50 (cinquenta) BENEFICIÁRIOS inscritos**. Neste caso, os BENEFICIÁRIOS poderão assinar novo contrato individual ou familiar, no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data da rescisão, aproveitando-se as carências já cumpridas, **desde que o novo produto seja equivalente ao que possuíam.**

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

12.6. A responsabilidade da UNIMED-RIO sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias da comunicação prévia (denúncia imotivada), correndo as despesas, a partir de então, por conta do BENEFICIÁRIO, conforme o previsto na subcláusula 4.2.3.

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

CLÁUSULA 13ª. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

13.2. O ESTIPULANTE autoriza a UNIMED-RIO a prestar toda e qualquer informação cadastral relativa aos BENEFICIÁRIOS inscritos no contrato que venha a ser exigida por lei e pelos órgãos governamentais fiscalizadores.

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

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

13.6. Integram este instrumento, para todos os fins de direito: as condições particulares das coberturas opcionais contratadas, os documentos ou meios próprios de inclusão e exclusão de BENEFICIÁRIOS, e outros aditivos que tenham sido ou venham a ser firmados pelas partes.

13.7. DOS PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS E DE FATORES DE RISCO

13.7.1. A UNIMED-RIO desenvolverá programas de gerenciamento de doenças, buscando ao mesmo tempo melhorar a qualidade de vida e reduzir o custo do atendimento de pacientes portadores das seguintes doenças crônicas: doenças cardiovasculares e diabetes.

13.7.2. A UNIMED-RIO realizará um programa de gerenciamento de fatores de risco, visando identificar os riscos potenciais à saúde e, a partir daí implantar ações que colaborem para a redução de risco futuro, bem como previnam as recorrências e progressão de doenças crônicas não transmissíveis de elevada prevalência na população geral. Estas ações visam identificar, mensurar, informar e conscientizar os indivíduos, por meio de processos educativos em saúde, além de desencorajar comportamentos de risco, ao prover aos Beneficiários a oportunidade de refletir sobre uma escolha por estilo de vida saudável.

13.7.3. O ESTIPULANTE receberá o relatório com o PERFIL DE SAÚDE DO GRUPO participante, distribuído por sexo e faixa etária, conforme modelo padrão desenvolvido.

13.8. DA DIVULGAÇÃO E PUBLICIDADE

13.8.1. Competirá à UNIMED-RIO fornecer, sem ônus para o ESTIPULANTE, folhetos, tabelas, cartazes e outros impressos essenciais à divulgação da AMHPMB e da AODPMB, a serem criados de comum acordo entre as partes.

13.8.2. Ficará vedado à UNIMED-RIO o uso ou menção dos nomes da Marinha do Brasil, do Comando da Marinha, da “Família Naval”, da DASM, do SASM, do Abrigo do Marinheiro e do DSS/AMN, mesmo que indiretamente, em qualquer publicidade ou propaganda, sem autorização expressa do ESTIPULANTE.

13.8.3. A UNIMED-RIO obriga-se a encaminhar a todos os titulares que vierem a aderir o plano, uma sinopse do contrato e seus aditivos, através do manual do Beneficiário.

13.8.4. Fica vedado à UNIMED-RIO o uso dos cadastros gerados pelas AMHPMB e AODPMB que não seja para a administração das carteiras e para o contato ou correspondência com os Beneficiários para assuntos pertinentes às carteiras, não podendo cedê-los a qualquer pretexto, a terceiros, exceto para o cumprimento da legislação em vigor.

13.8.5. O envio de correspondência aos Beneficiários, para o oferecimento de outros produtos da UNIMED-RIO, assim como telemarketing sob qualquer pretexto, dependem da autorização do ESTIPULANTE.

13.9. DA ESTRUTURA DE PRODUÇÃO

13.9.1. É obrigação da UNIMED-RIO manter uma estrutura de produção capaz de prestar atendimento para os Beneficiários, tais como novas adesões, movimentações cadastrais e informações gerais.

13.11. DOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS

13.11.1. Mensalmente a UNIMED-RIO deverá encaminhar ao ESTIPULANTE as seguintes informações:

a) Dados da utilização dos beneficiários, detalhado por tipo de evento (consulta, exame, internação), relativos ao período de 12 meses. Tais dados deverão ser disponibilizados mensalmente até o 5º (quinto) dia útil, por meio de arquivo eletrônico e na formatação acordada entre as partes, de modo a permitir ao ESTIPULANTE as análises necessárias ao acompanhamento da carteira;

b) Relatório de sinistralidade, com a apuração e demonstração da variação entre custo e receita, acumulada no período de 12 meses.

13.12. DOS CONFLITOS DE INTERESSE

13.12.1. Não caberá ao ESTIPULANTE qualquer responsabilidade sobre eventuais ocorrências, de caráter acidental ou não, operatório ou não, em hospital, clínica, laboratório, consultório ou quaisquer outros locais, decorrentes de ato, opinião, tratamento ou procedimento médico, odontológico ou hospitalar, resultantes da assistência prestada por profissionais e/ou estabelecimentos credenciados pela UNIMED-RIO.

Os modelos das cláusulas e condições deste instrumento encontram-se registradas no Cartório do 6º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº. 985827. A Tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar encontra-se registrada no Cartório do 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº. 712.969. A Tabela de Referência da Assistência Odontológica encontra-se registrada no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº. 1.459.567.

E por estarem justas e acordadas firmam o presente em quatro (04) vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas, distribuídos a:

Uma para o ESTIPULANTE;

Duas para o DSS / AMN; e

Uma para a CONTRATADA

Rio de Janeiro, 01 de março de 2010.