

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR, DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA.**

FUNCIONÁRIO

**CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL**

**Registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob os n°s :**

No. de Registro	Nomenclatura Comercial do Produto
401.776/98-5*	Unimed Alfa
401.779/98-0*	Unimed Beta
401.782/98-0*	Unimed Delta
401.803/98-6*	Unimed Omega
401.805/98-2*	Unimed Alfa
401.807/98-9*	Unimed Beta
401.808/98-7*	Unimed Delta
401.810/98-9*	Unimed Omega
401.812/98-5*	Unimed Alfa Hospitalar
401.814/98-1*	Unimed Beta Hospitalar
401.816/98-8*	Unimed Delta Hospitalar
401.818/98-4*	Unimed Ômega Hospitalar
401.820/98-6*	Unimed Alfa Hospitalar
401.822/98-2*	Unimed Beta Hospitalar
401.824/98-9*	Unimed Delta Hospitalar
401.826/98-5*	Unimed Ômega Hospitalar

Pelo presente instrumento, e na melhor forma de direito, as partes adiante identificadas, a primeira **CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA**, inscrita no C.N.P.J sob o n° 61.919.643/0001-28, estabelecida na Avenida Nilo Peçanha, n° 50 – conjunto 2316 - Centro - Rio de Janeiro/RJ, neste ato, representada por seu Presidente, Sr. Miguel Álvaro Santiago Nobre, brasileiro, casado, cirurgião dentista, portador da carteira de identidade n° 5264039, SSP/RS, inscrito no CPF sob o n° 106.763.920-91, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE** e a segunda, **UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA.**, com sede na Rua do Ouvidor, 161 – 9° andar, Centro, nesta cidade, inscrita no C.N.P.J sob o n° 42.163.881/0001-01, possuidora do Registro de Operadora n° 39.332-1, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), neste ato representada por seus Diretores Presidente **CELSO CORRÊA DE BARROS**, brasileiro, casado, médico, portador da carteira de identidade n° 52.25515-2, expedida pelo CREMERJ, inscrito no CPF sob o n° 371.460.927-04 e Mercado, **EDUARDO AUGUSTO BORDALLO**, brasileiro, casado, médico, portador da carteira de identidade n° 52-16340-0, expedida pelo CREMERJ, inscrito no CPF sob o n° 179.637.967-00, ambos residentes e domiciliados nesta cidade, **agindo como mandatária dos seus médicos cooperados**, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, têm justa e contratada a prestação de Assistência Médica e Hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, na forma das cláusulas e condições a seguir:

**CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO**

- 1.1 O contrato tem por objeto a cobertura de assistência médica e hospitalar, de diagnóstico e terapia, aos sócios, diretores e empregados da **CONTRATANTE** e aos seus respectivos dependentes e agregados, estes dois últimos eventualmente inscritos, pela **CONTRATADA**, através de seus médicos cooperados e rede assistencial própria ou contratada.
- 1.2 A assistência, ora contratada, visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se os termos constantes da legislação em vigor e deste instrumento, em especial, as coberturas do plano contratado, escolhido dentre aqueles constantes da Cláusula 6ª.



- 1.2 **A assistência, ora contratada, visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se os termos constantes da legislação em vigor e deste instrumento, em especial, as coberturas do plano contratado, escolhido dentre aqueles constantes da Cláusula 6ª.**
- 1.3 **Fica facultada a contratação de coberturas adicionais, que sejam oferecidas pela CONTRATADA.**

## **CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES PARA EFEITOS DESTE CONTRATO**

Para efeitos de interpretação e aplicação das cláusulas e condições ajustadas neste instrumento tem-se as seguintes definições:

- a) **Carência** é o lapso de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, em que os usuários inscritos ficam impedidos de utilizar os serviços contratados, ainda que pagando as mensalidades próprias;
- b) **Emergência**, clínica ou cirúrgica, é estado decorrente de evento súbito, que exija atendimento médico ou internação hospitalar para superação do risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração expressa do médico assistente;
- c) **Acidente pessoal** é o evento exclusivo, pessoal, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, causador de lesão física;
- d) **Eletivo** é a designação dos procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência, cuja realização pode ser previamente programada;
- e) **Doença congênita** é a anomalia que existe desde o nascimento, decorrente de influência verificada durante a gestação ou por ocasião do parto;
- f) **Doença ou lesão preexistente** é aquela cujos sinais ou sintomas já se manifestaram, ou foram diagnosticadas antes da assinatura do contrato;
- g) **Doença crônica** é aquela que exige tratamento ou acompanhamento médico de forma contínua ou intermitente;
- h) **Prazo de internação** é o período de tempo correspondente à totalidade de dias utilizados para internação em leito comum e em leito de tratamento intensivo;
- i) **Ano** é o período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados da vigência do contrato;
- j) **Usuário Dependente** é aquela pessoa, relacionada na Cláusula 4ª, que possua grau de parentesco e que seja dependente econômico do usuário titular;
- k) **Urgência** é o estado resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional;
- l) **Usuário Agregado** é aquela pessoa que, possuindo ou não relação de dependência econômica com o usuário titular, seja indicado por este para apenas utilizar a Assistência Médica e Hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, objeto do contrato;
- m) **Co-participação** é a parcela da despesa a ser paga pela CONTRATANTE após a realização de determinados procedimentos médicos e/ou hospitalares, por parte dos seus USUÁRIOS TITULARES e respectivos dependentes e agregados.
- n) **Tabelas de Preços Próprios** são tabelas editadas ou utilizadas pelos estabelecimentos hospitalares, objeto da ampliação da cobertura dos planos com direito à internação, diferentes das praticadas pela CONTRATADA e demais cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, para remuneração dos serviços médicos e hospitalares;
- o) **Agravo** é o acréscimo no valor da mensalidade decorrente da constatação de doença ou lesão preexistente;



- p) **Atendimento Ambulatorial** é aquele realizado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos usuários;
- q) **Cartão de Identificação** é o cartão individual contendo a identificação do usuário e que viabiliza a utilização da assistência e benefícios contratados;
- r) **Exames e Tratamentos Básicos e Especializados** são aqueles descritos e relacionados na Cláusula 8ª deste instrumento;
- s) **Sistema Nacional Unimed** é o conjunto de todas as cooperativas de trabalho médico Unimed, pessoas jurídicas distintas entre si, constantes da relação entregue aos usuários da CONTRATANTE;
- t) **Tabela de Referência** é a lista indicativa de procedimentos assistenciais e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde contratados;
- u) **Unimed do Brasil** é a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed;
- v) **Assistência a Nível Hospitalar** é aquela cujas internações decorrem de eventos que, por sua **gravidade ou complexidade**, exigem ou não ato cirúrgico;
- w) **Cobertura Parcial Temporária** é aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de atendimentos em leitos de alta tecnologia, de eventos cirúrgicos e procedimentos de alta complexidade, relacionados à lesões ou doenças preexistentes.

### CLÁUSULA 3ª - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 3.1 Os serviços contratados serão prestados pela CONTRATADA, dentro da sua área de ação, município do Rio de Janeiro, através dos seus médicos cooperados e rede própria ou por ela contratada.
- 3.2 É assegurado ao usuário titular e aos seus dependentes e agregados, estes dois últimos eventualmente inscritos, a prestação dos serviços previstos neste instrumento, **observado o plano contratado, dentro do território nacional**, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Nacional Unimed. Nesta hipótese, contudo, o atendimento dar-se-á sempre de acordo com os recursos técnicos de que disponha a cooperativa prestadora do atendimento.
- 3.3 As despesas de transporte, sendo necessárias à obtenção dos serviços contratados, serão arcadas pelos usuários e não serão adiantadas ou reembolsadas, em nenhuma hipótese, pela CONTRATADA.
- 3.4 Está coberto, no entanto, o transporte terrestre entre estabelecimentos hospitalares, que dar-se-á, **única e exclusivamente**, quando houver indicação médica e entre estabelecimentos hospitalares, pertencentes à rede própria ou credenciada da CONTRATADA situados dentro da sua área de ação, município do Rio de Janeiro e dentro daquelas áreas de ação das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed.

### CLÁUSULA 4ª - DOS USUÁRIOS

São considerados usuários, para efeitos deste instrumento, os sócios, diretores e empregados da CONTRATANTE, **usuários titulares**, bem como aqueles com grau de parentesco e dependência econômica a ele relacionados, considerados **usuários dependentes**, assim definidos: cônjuge; companheiro, filhos solteiros até 24 (vinte e quatro) anos de idade; filhos do companheiro, enteados, tutelados e menores sob guarda por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos solteiros, filhos inválidos e mãe ou pai, esta (e) solteira(o), viúva(o), separada(o), ou divorciada(o), que não possua arrimo.

O usuário titular poderá indicar, ainda, **usuários agregados**, estes entendidos como pais e mães que não sejam dependentes econômicos do usuário titular; sogros, que possuam relação de dependência econômica com o usuário titular, e netos, estes, desde que o parto tenha sido coberto pela CONTRATADA, todos indicados pelo usuário titular



para apenas utilizarem a assistência objeto deste contrato, **excluídos os benefícios que são objeto da Cláusula 15ª. A inscrição dos usuários agregados dar-se-á obrigatória e unicamente no momento da inscrição do usuário titular. Exceção feita ao neto, cuja inscrição proceder-se-á mediante o disposto na Cláusula Quinta a seguir.**

**CLÁUSULA 5ª - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS E DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**

- 5.1 A inclusão do usuário titular e respectivos dependentes e agregados será processada através de documento ou meio próprio indicados pela CONTRATADA, que integrará este instrumento para todos os fins de direito. A CONTRATANTE deverá qualificar os usuários indicados à inscrição por ocasião desta.
- 5.1.1 A CONTRATANTE, a contar da data de início de vigência do contrato, terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para promover a inscrição de todos os seus usuários, sob pena de cumprimento das carências previstas na Cláusula 10ª.
- 5.1.2 Nas inclusões, posteriores àquela prevista na subcláusula 5.1.1, a CONTRATANTE terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, após a data de admissão do usuário titular, para inscrever o mesmo e, eventualmente, os seus respectivos dependentes e agregados, sob pena de cumprimento das carências previstas na Cláusula 10ª.
- 5.1.3 A CONTRATADA poderá solicitar, a qualquer tempo, durante a relação contratual, a comprovação da data de admissão do usuário titular, como sócio, diretor ou empregado da CONTRATANTE.
- 5.1.4 Na hipótese de inclusão de usuários, após a implantação do contrato, a comprovação da condição de sócio, diretor, ou empregado deverá ser apresentada junto e obrigatoriamente com o pedido de inscrição.
- 5.1.5 As inclusões e exclusões de usuários deverão ser solicitadas pela CONTRATANTE à CONTRATADA de acordo com o calendário anual de implantação cadastral enviado quando da entrega da primeira mensalidade.
- 5.1.6 A assistência e benefícios constantes deste instrumento serão prestados aos usuários regularmente inscritos, observando-se o disposto na subcláusula anterior, a partir do primeiro dia do mês subsequente ao do pedido de inscrição, cumprindo as carências eventualmente existentes.
- 5.1.7 Fica a critério da CONTRATADA a realização de entrevista qualificada e/ou exame pericial, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes;
- 5.1.7.1 A constatação, **na hipótese da CONTRATANTE inscrever menos de 50 (cinquenta) usuários, seja através da declaração firmada pelo usuário titular durante a entrevista qualificada, seja através do exame pré-admissional, da existência de lesão ou doença preexistente, que venha a gerar impacto nos custos da CONTRATADA, resultará no agravo do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério da CONTRATADA;**
- 5.1.7.2 O valor correspondente ao agravo será previamente informado à CONTRATANTE.
- 5.1.8 A CONTRATADA, poderá solicitar, a qualquer tempo durante a relação contratual, a documentação comprobatória das declarações do usuário titular, prestadas por ocasião da celebração do contrato.
- 5.1.9 A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente caracterizará fraude, **sujeitando o usuário entrevistado fraudador, a critério da CONTRATADA, à suspensão da cobertura, ou à denúncia do contrato mantido com a CONTRATANTE.**
- 5.2 É assegurada a inclusão, observadas as condições contratadas:
- 5.2.1 **Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.**
- 5.2.2 **Do filho adotivo, que tenha sido adotado com idade de até doze anos, durante a vigência do contrato, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante, desde que efetivada em até trinta dias após o deferimento da adoção.**



- 5.3 **A inclusão de filhos, mesmo os nascidos na vigência do contrato, fora dos prazos mencionados nas subcláusulas anteriores, estará subordinada ao cumprimento integral a partir da inscrição dos períodos de carência mencionados na Cláusula 10ª.**
- 5.4 A inclusão de cônjuges, durante a vigência do contrato, deverá ser feita no prazo de 30 (trinta) dias, contados do matrimônio, mediante apresentação da certidão própria.
- 5.4.1 A inscrição mencionada na subcláusula anterior será realizada mediante o pagamento da mensalidade correspondente e da taxa de inscrição próprias, aproveitando as carências já cumpridas pelo usuário titular.
- 5.5 A inscrição de dependentes, após a inclusão do usuário titular, excetuadas as hipóteses previstas nas subcláusulas anteriormente mencionadas, far-se-á mediante o cumprimento das carências previstas neste instrumento.
- 5.6 Os usuários dependentes que perderem a condição de dependência serão automaticamente considerados usuários agregados, enquanto mantiverem o estado civil de solteiro.
- 5.7 Fica assegurado ao usuário titular que contribua para um dos planos contratados, objeto deste instrumento, em decorrência do vínculo de emprego do mesmo com a CONTRATANTE, na hipótese de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter a qualidade de usuário nas mesmas condições que possuía antes da dispensa, desde que assuma o integral pagamento do valor da mensalidade correspondente.
- 5.7.1 O direito assegurado na subcláusula anterior estende-se aos dependentes e agregados eventualmente inscritos.
- 5.7.2 O período de manutenção dessa qualidade corresponderá a um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, assegurado o prazo mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- 5.7.2.1 Em falecendo o usuário titular, aos dependentes e agregados, eventualmente inscritos, fica assegurada a permanência até o término do prazo fixado na subcláusula anterior.
- 5.7.3 Cessará a qualidade de usuário assegurada na subcláusula 5.7, antes dos períodos fixados anteriormente, quando o usuário titular for admitido em outro emprego.
- 5.7.4 **O usuário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período em que mantiver vínculo de emprego, não terá direito à manutenção da condição de usuário, após o afastamento sem justa causa.**
- 5.7.5 **Não caracteriza participação financeira, a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto do contrato.**
- 5.8 Fica assegurado, ainda, ao usuário titular que contribuir para um dos planos contratados pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, ao se aposentar, o direito de manter a qualidade de usuário nas mesmas condições que possuía antes da sua aposentadoria, desde que assuma o integral pagamento do valor da mensalidade correspondente.
- 5.8.1 O usuário titular, que contribuir por prazo inferior aquele mencionado na subcláusula anterior, terá assegurado o direito de manutenção da qualidade de usuário de um ano para cada ano de contribuição.
- 5.8.2 Aplica-se à hipótese mencionada na subcláusula 5.8 o disposto anteriormente nas subcláusulas 5.7.1, 5.7.2.1 e 5.7.3.
- 5.9 A CONTRATADA fornecerá aos usuários titulares e respectivos dependentes e agregados Cartão de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura a utilização das



coberturas previstas neste instrumento, observando-se o plano contratado. A CONTRATADA poderá adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos usuários.

- 5.10 É obrigação da CONTRATANTE, em caso de exclusão do usuário titular, do dependente ou do agregado, cancelamento ou rescisão do contrato, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos, porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo sempre, perante à última, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, até os respectivos prazos de validade, não cabendo pois, a partir da exclusão do usuário, do cancelamento ou da rescisão do contrato, qualquer responsabilidade da CONTRATADA em relação ao uso indevido desses documentos.
- 5.11 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obtenção de atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários, titulares, dependentes e agregados, que perderam essa condição por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, com ou sem o conhecimento dos mesmos.
- 5.11.1 O uso indevido do cartão de identificação sujeitará a CONTRATANTE às perdas e danos que o usuário der causa, sem prejuízo do disposto na subcláusula 16.2.
- 5.12 Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.
- 5.13 Para emissão da segunda via do Cartão de Identificação, observar-se-ão as normas da CONTRATADA, que estiverem em vigor à época da requisição.
- 5.14 A exclusão do usuário titular ocasionará o cancelamento automático da inscrição dos respectivos dependentes e agregados, estes eventualmente inscritos.
- 5.15 Os usuários titulares, dependentes e agregados, que perderem a condição de usuário objeto deste contrato, poderão assinar contratação individual ou familiar em até 30 (trinta) dias, a contar da data da perda da condição, compensadas as carências que já tenham sido cumpridas.

#### CLÁUSULA 6ª - DOS PLANOS

A CONTRATANTE, por ocasião da contratação, escolherá para cada USUÁRIO TITULAR, seus dependentes e agregados apenas um entre os planos Unimed Alfa, Unimed Beta, Unimed Delta, Unimed Ômega e UniPart, oferecidos pela CONTRATADA, estabelecendo a extensão da cobertura, o padrão da rede assistencial e, automaticamente o tipo de acomodação hospitalar a que todos terão direito.

##### 6.1. PLANOS CONTRATUAIS

6.1.1. Os Planos Unimed Alfa, Unimed Beta, Unimed Delta e Unimed Ômega asseguram, dentro do território nacional, consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos realizados em regime ambulatorial; e internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas.

6.1.1.1. Os Planos Unimed Alfa, Unimed Beta, Unimed Delta e Unimed Ômega apresentam uma modalidade, denominada Hospitalar, que assegura, dentro do território nacional, **exclusivamente internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas.**

6.1.1.2. O Plano Unimed Alfa dá direito à acomodação em quarto coletivo (enfermaria), conforme o padrão da rede assistencial Alfa constante do Guia Médico mencionado na subcláusula 11.4; e direito à acompanhante para os usuários internados menores de 18 (dezoito) anos.

6.1.1.3. Os Planos Unimed Beta, Unimed Delta e Unimed Ômega dão direito à acomodação em quarto individual com banheiro privativo, conforme o padrão das Redes Assistenciais Beta, Delta e Ômega, respectivamente,



constantes do Guia Médico mencionado na subcláusula 11.4; e direito à acompanhante para os usuários internados de qualquer idade.

6.1.2. O Plano UniPart será contratado através de aditivo próprio, que integrará o contrato, para todos os efeitos legais.

## 6.2. TRANSFERÊNCIAS DE PLANO

A CONTRATANTE poderá optar pela transferência de plano de um dos USUÁRIOS TITULARES, em qualquer época após o início de vigência do contrato, desde que observadas as seguintes condições:

- a) quando a transferência implicar aumento de cobertura assistencial, os usuários deverão cumprir as carências previstas na Cláusula 10ª 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 usuários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias, para novas internações, ficando garantida, no entanto, a utilização da rede assistencial e/ou o tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência prevista;
- c) quando a transferência implicar redução de coberturas, não haverá interrupção para os atendimentos cujas carências já tenham sido cumpridas, devendo os usuários, no entanto, continuar cumprindo os períodos de carência da Cláusula 10ª 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 ela seja realizada após 12(doze) meses contados da última internação hospitalar, caso tenha havido, e que o usuário não esteja cumprindo carências; e
- e) a transferência do USUÁRIO TITULAR implica na transferência dos seus dependentes e agregados.

## CLÁUSULA 7ª - DOS SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES ASSEGURADOS

7.1 - Os usuários farão jus, **cumprindo as carências fixadas, em decorrência do disposto na Cláusula 5ª, a serem observadas mesmo nos casos de urgência e emergência**, à cobertura assistencial, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, abrangendo consultas médicas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações clínicas e cirúrgicas **exclusivamente solicitados por médico cooperado, respeitadas as coberturas dos planos contratados.**

7.2. Serão custeadas integralmente pela CONTRATADA:

- a) internação em hospital psiquiátrico, ou em unidade/enfermaria psiquiátrica de hospital geral de usuários portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, até o limite de 30 (trinta) dias por ano de contrato, **não-cumulativos;**
- b) além da cobertura especificada na alínea anterior, os usuários 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 usuários 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 de contrato, **não-cumulativos.**

7.2.1. 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 7.2 anterior, para 180 (cento e oitenta) dias por ano.

### 7.3. Psicoterapia de Crise

Os usuários terão direito ao custeio integral de 12 (doze) sessões de psicoterapia por ano de contrato, não-cumulativas, realizadas em regime ambulatorial, 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, exceto quando contratadas as coberturas objeto dos planos que apresentam a modalidade Hospitalar constantes da subcláusula 6.1.1.1, deste instrumento.

7.4 - A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada para restauração de funções em órgãos, membros e regiões lesadas em virtude de acidentes pessoais e/ou nos casos de má formação congênita em filhos nascidos, ocorridos e verificados na vigência do contrato, respectivamente.

7.5 - À CONTRATADA fica garantido o direito de realizar exames médicos de inspeção e perícia nos usuários, antes e após o ato médico, com vistas a garantir a regular fruição dos serviços assegurados na Cláusula 7ª.

#### CLÁUSULA 8ª - DOS EXAMES E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS ASSEGURADOS

Os exames e tratamentos básicos e especializados serão prestados aos usuários inscritos, imediatamente após o cumprimento das carências fixadas na Cláusula 10ª, em decorrência do disposto na Cláusula 5ª, mesmo nos casos de urgência e emergência.

8.1 Para efeito deste instrumento, serão considerados básicos os seguintes exames e tratamentos:

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

8.2 - São considerados especializados, para efeito deste contrato, os seguintes exames e tratamentos:

- a) angiografia;
- b) arteriografia;
- c) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral;
- d) ultrassonografia;
- e) tomografia computadorizada;
- f) ressonância nuclear magnética;
- g) medicina nuclear;
- h) densitometria óssea;
- i) laparoscopia diagnóstica;
- j) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido;
- k) eletrocardiografia dinâmica (holter);
- l) monitorização ambulatorial de pressão arterial;
- m) litotripsia;
- n) radiologia com contraste e intervencionista;
- o) cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada;
- p) videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica;
- q) oxigenoterapia hiperbárica;
- r) tratamento esclerosante de varizes;
- s) endoscopias que não possam ser realizadas em regime ambulatorial;
- t) eletromiografia;
- u) eletroneuromiografia;
- v) quimioterapia e radioterapia.



8.3 – Os exames e tratamentos, constantes desta cláusula, deverão ser solicitados justificadamente, mediante relatório clínico do médico assistente.

#### CLÁUSULA 9ª - DOS SERVIÇOS NÃO ASSEGURADOS

Excluem-se das coberturas contratadas, previstas neste instrumento:

- a) Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências previstas;
- b) Consultas e atendimentos domiciliares e enfermagem particular, independentemente das condições do usuário;
- c) Transplantes, implantes e os procedimentos e exames específicos necessários à realização dos mesmos, inclusive despesas de qualquer natureza com doadores. Exceção feita aos transplantes de rim e córnea, às despesas assistenciais médicas-hospitalares necessárias à realização destes e aos medicamentos e materiais durante a internação do doador e do usuário transplantado;
- d) Procedimentos odontológicos, salvo se tiver sido incluída a Cobertura de Assistência Odontológica através de aditivo específico;
- e) Despesas extraordinárias de usuário internado e do acompanhante;
- f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, para emagrecimento, ou com finalidade exclusivamente estética e cirurgias plásticas não restauradoras, inclusive a mamoplastia;
- g) Vacinas, medicamentos e materiais, exceto em internações e atendimentos, estes últimos em caráter de urgência e emergência;
- h) Aviamento de óculos (armação e lentes), lentes intra-oculares, aparelhos de amplificação sonora individual, aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses e seus acessórios de qualquer natureza, salvo aquelas ligadas ao ato cirúrgico;
- i) Atendimentos aos usuários dependentes e agregados nos casos de acidentes de trabalho e suas conseqüências, bem como doenças ocupacionais. A CONTRATANTE permanece responsável pelas formalidades legais necessárias à comunicação do acidente e da doença às repartições previdenciárias próprias, para efeitos do cumprimento das normas acerca de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais;
- 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. Estes serviços poderão ser contratados mediante a celebração de instrumento aditivo próprio;
- k) Remoção, exceto as inter-hospitalares previstas na subcláusula 3.4 e desde que autorizadas previamente pela CONTRATADA;
- l) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- m) Inseminação artificial;
- n) Fornecimento de vacinas, medicamentos e materiais importados não nacionalizados;
- o) Cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;



- p) **Atendimento nos casos de cataclismos, epidemias, calamidade pública, conflitos sociais, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- q) **Check-up, investigação diagnóstica eletiva;**
- r) **Internações e tratamentos clínicos e cirúrgicos, decorrentes de transtornos psiquiátricos, salvo o disposto nas subcláusulas 7.2 e 7.3.**
- s) **Tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo usuário e que não sejam motivados por necessidade justificada ou ainda causados por competição esportiva ou não, inclusive treinos preparatórios, ou outras atividades esportivas ou não de risco voluntário.**

#### **CLÁUSULA 10ª - DAS CARÊNCIAS PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES**

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

- a) **24 (vinte e quatro) horas** - Acidentes Pessoais e atendimentos de urgências e emergências;
- b) **30 (trinta) dias** - Consultas Médicas; Exames de Análises Clínicas e Histicitopatológicos, **exceto** necrópsias e os constantes da letra “d”; Exames Radiológicos **simples sem contraste**; Exames e Testes Oftalmológicos; Exames e Testes Otorrinolaringológicos, **exceto** Videolaringoscopia Computadorizada; Eletrocardiograma Convencional; Eletroencefalograma Convencional, Inaloterapia; Provas Funcionais Respiratórias;
- c) **90 (noventa) dias** - Cirurgias de Porte Anestésico 0 (zero) a nível ambulatorial; Densitometria Óssea; Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial; Endoscopias Diagnósticas em regime ambulatorial, Exames e Testes Alergológicos; Exames Radiológicos com Contraste, **exceção feita aos constantes da letra "e"**; Fisioterapia; Eletrocardiografia Dinâmica (Holter); Teste Ergométrico; Ultrassonografia, **à exceção dos contantes da letra "d"**; Perfil Biofísico Fetal e Tococardiografia;
- d) **120 (cento e vinte) dias** – Exames de Análises Clínicas pelo Método Pesquisa P.C.R. e Histicitopatológicos por Histoquímica; Hibridização Molecular; Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV III (HIV) – Western – Blot; Ecocardiografia / Ecodoppler; Eletroencefalograma Prolongado; Videolaringoscopia Computadorizada; Mapeamento Cerebral; Polissonografia; Potencial Evocado, Eletromiografia, Eletroneuromiografia; e Dopplerfluxometria; Ultrassonografia Morfológica e Ultrassonografia com Doppler;
- e) **180 (cento e oitenta) dias** – Exames Diagnósticos e Cirurgias por Vídeo; Laparoscopia Diagnóstica; Cintilografia; Diálise Peritoneal; Diálise Peritoneal-CAPD; Hemodiálise; Hipertermia Prostática; Internações Clínicas ou Cirúrgicas; Litotripsia; Medicina Nuclear; Mielografia; Quimioterapia; Radioterapia; Ressonância Nuclear Magnética; Tomografia Computadorizada; Transfusão de Sangue e Hemoderivados; Angiografia; Angioplastia; Arteriografia; Cineangiocoronariografia; Procedimentos de Hemodinâmica; Neuroradiologia; Radiologia Intervencionista; e Oxigenioterapia hiperbárica; e
- f) **300 (trezentos) dias** – Parto.

10.2 – No caso de emergência, verificado durante os prazos carenciais, o atendimento previsto nesta cláusula estará coberto exclusivamente a nível ambulatorial e pelo período máximo de 12 (doze) horas, contados do seu início.

10.2.1 – Será, no entanto, de inteira responsabilidade da CONTRATANTE as despesas relativas à realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar (atos cirúrgicos e internações) que, eventualmente decorrerem do atendimento mencionado na subcláusula anterior, mesmo que ocorridos dentro do prazo das 12 (doze) horas.



10.2.2 – Nos casos de urgência decorrente de acidente pessoal ocorrido após o cumprimento do prazo carencial próprio, previsto na letra “a” da subcláusula 10.1, o atendimento dar-se-á sem limitação de tempo.

#### CLÁUSULA 11ª - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

11.1 - A CONTRATADA assegurará aos usuários inscritos, **observadas as condições deste instrumento e as coberturas do plano contratado**, os seguintes serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste instrumento:

a) **consultas**: os usuários serão atendidos no consultório do médico cooperado da CONTRATADA, de acordo com as normas de atendimento desta;

b) **atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais**: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou conveniados pela CONTRATADA;

c) **exames complementares e serviços auxiliares**: serão prestados através da rede própria ou conveniada pela CONTRATADA, mediante solicitação exclusiva de médico cooperado;

11.2 – **Excetuadas as hipóteses de urgência e emergência, os atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais, bem como os exames complementares e serviços auxiliares estão sujeitos à autorização prévia da CONTRATADA.**

11.3 - Para ter acesso a qualquer atendimento, o usuário obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação e um documento de identidade.

11.4 - Por ocasião da contratação dos serviços será distribuído à CONTRATANTE, por usuário titular inscrito, o Guia Médico contendo o quadro de médicos cooperados, rede contratada e relação, com os respectivos endereços das cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed.

11.5 - A CONTRATADA manterá à disposição do usuário titular, nos seus escritórios, Guia Médico atualizado.

11.5.1 - A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

11.6 - **Pretendendo o usuário utilizar-se dos serviços assegurados fora da área de ação da CONTRATADA e dentro da área de ação de outra cooperativa integrante do SISTEMA NACIONAL UNIMED, caberá a ele obter as informações necessárias ao atendimento junto à cooperativa escolhida.**

11.7 - A CONTRATADA em nenhuma hipótese se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados fora da forma contratada.

11.8 – A CONTRATADA assegurará, no entanto, o reembolso no limite das obrigações objeto do plano escolhido das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, **em casos de urgência ou emergência, quando não for, comprovadamente, possível a utilização pelo usuário dos serviços próprios ou contratados pelo Sistema Nacional Unimed.**

11.8.1 – O reembolso de que trata a subcláusula 11.8 será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da CONTRATADA vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

a) relatório do médico assistente declarando, **justificadamente**, nome do paciente, código de identificação, tratamento efetuado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data de internação e alta hospitalar, quando for a hipótese;



- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos com preço por unidade juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do estabelecimento hospitalar;
- c) recibos de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros profissionais, discriminando funções e o evento a que se referem;
- d) comprovantes relativos aos exames e serviços complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido do médico assistente.

#### **CLÁUSULA 12ª - DO PROCEDIMENTO PARA INTERNAÇÃO**

12.1 - As internações hospitalares serão processadas mediante pedido de internação, formulado **justificadamente pelo médico cooperado**, e guia de internação expedida pela CONTRATADA ou pela cooperativa prestadora do atendimento em favor do usuário.

12.2 - Nos casos de urgência e emergência verificados nos limites da área de ação da CONTRATADA ou de uma das demais cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed, o usuário, ou o seu responsável, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação para providenciar os documentos acima mencionados, **sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar pelas despesas decorrentes do atendimento.**

12.3 - Os usuários obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à verificação da administração do estabelecimento hospitalar, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação emitido pela CONTRATADA.

12.4 - O prazo de internação constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, de acordo com as regras de experiência da CONTRATADA.

12.5 - **Caso haja necessidade de prorrogação do prazo de internação já autorizado, deverá ser apresentada à CONTRATADA a solicitação de prorrogação emitida e justificada pelo médico cooperado.**

12.6 - **A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como materiais, medicamentos e serviços não prescritos pelo médico cooperado assistente, produtos de toalete, refeições e despesas extraordinárias de acompanhantes, bem como despesas decorrentes de serviços médicos-hospitalares prestados por médicos não cooperados da CONTRATADA ou do SISTEMA NACIONAL UNIMED ou entidades não credenciadas por estes e, ainda, serviços realizados em desacordo com o disposto no plano escolhido.**

12.7 - **O pagamento dessas e de outras despesas que não sejam vinculadas diretamente à cobertura contratada deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.**

12.8 - Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar diversa daquela contratada, no ato ou durante a internação, arcará pessoalmente, conforme negociação direta com o médico ou estabelecimento hospitalar, com as despesas relativas à complementação dos honorários médicos e despesas hospitalares.

12.9 - **A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades credenciadas ou não à ela. Tais despesas correrão por conta exclusiva do usuário.**

#### **CLÁUSULA 13ª - DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

13.1 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por seus sócios, diretores e empregados, por seus respectivos dependentes e agregados inscritos, os valores abaixo relacionados, relativos à taxa de inscrição e à mensalidade, de acordo com o plano escolhido.



**TABELA DE PREÇOS MENSALIS POR USUÁRIOS (R\$)**  
(Titulares)

Faixa Etária \ Planos	Unimed Alfa (R\$)	Unimed Delta (R\$)
00 – 99 anos	81,89	91,80

**TABELA DE PREÇOS MENSALIS POR USUÁRIOS (R\$)**  
(Dependentes)

Faixa Etária \ Planos	Unimed Alfa (R\$)	Unimed Delta (R\$)
00-59 anos	81,89	91,80
60 anos ou +	163,81	183,67

**TABELA DE PREÇOS MENSALIS POR USUÁRIOS (R\$)**  
(Agregados)

Faixa Etária \ Planos	Unimed Alfa (R\$)	Unimed Delta (R\$)
00-59 anos	93,89	137,78
60 anos ou +	187,78	289,35

**TAXA DE INSCRIÇÃO: R\$ 5,00 (cinco reais) por usuário titular.**

13.2 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para faixa etária superior, as mensalidades serão aumentadas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário.

13.3 - Os usuários, que possuírem, no mínimo, 10 (dez) anos ininterruptos como beneficiário da assistência médica e hospitalar da CONTRATADA, ao completarem 60 (sessenta) anos de idade não estarão sujeitos ao aumento do preço da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária.

13.4 - As mensalidades serão pagas, por meio de aviso bancário, sempre até o vencimento e nos locais indicados.

13.4.1. - Caso a CONTRATANTE não receba o aviso bancário até o vencimento deverá providenciar junto à CONTRATADA a emissão da 2ª via, promovendo, no prazo, o pagamento da mensalidade, sob pena de sujeitar-se à multa e encargos moratórios.

13.5 - Na eventual falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou exclusão de usuários, a cobrança basear-se-á nos dados disponíveis, realizando-se o acerto na mensalidade seguinte.

13.6 - As dúvidas ou erros que venham a ser constatados no valor da cobrança, desde que não ultrapasse a 5% (cinco por cento) do seu valor, a maior ou a menor, não constituirão impedimento para o pagamento na data do vencimento da mensalidade. O acerto, verificado a sua procedência, será realizado na mensalidade imediatamente a seguir.

13.7 - Os preços previstos na subcláusula 13.1 deverão ser pagos mensalmente, sob a forma de pré-pagamento, até o 5º (quinto) dia do mês a que se referir a mensalidade.

13.8 - As mensalidades e os valores relativos à co-participação, estes últimos devidos eventualmente, não pagos no vencimento serão atualizados de acordo com a variação do CDI-CETIP (Certificado de Depósitos Interfinanceiros-CETIP), que é publicado nos jornais de grande circulação ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, aplicável no período entre o dia seguinte ao do vencimento e o do efetivo pagamento, ficando a CONTRATANTE, desde logo, sujeita ao pagamento de multa equivalente a 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

13.9 - O atraso superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não implicará, a critério da CONTRATADA, na suspensão dos atendimentos até a liquidação do débito, sem prejuízo do disposto na subcláusula anterior e nas subcláusulas 16.1 e 17.4.



#### **CLÁUSULA 14ª - DOS REAJUSTES DE PREÇO**

14.1 - Os preços relacionados na subcláusula 13.1 foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários e a frequência de utilização dos mesmos.

14.2 - O valor das mensalidades será reajustado anualmente com base na variação do índice IGP-Segmento Saúde (Índice Geral de Preços - Segmento Saúde), que é divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou por outro, caso esse seja extinto, que permita a manutenção do equilíbrio do contrato, observando-se, ainda, o disposto nas subcláusulas 14.3 e 14.4.

14.2.1 - Caso nova legislação venha autorizar a atualização de preços em período inferior a doze meses, o reajustamento dar-se-á mensalmente, ou no menor período possível.

14.3 - Além do reajustamento previsto na subcláusula 14.2, o preço poderá ser revisto, ainda, com base no cálculo atuarial, se houver, isolada ou cumulativamente, utilização comprovada dos serviços acima da média normal (sinistralidade), acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento, ou aumento comprovado dos custos dos serviços médicos e hospitalares, objeto deste instrumento, que venha a afetar o equilíbrio do contrato.

14.4 - Os valores das mensalidades serão ajustados, ainda, se ocorrer alterações legais que acarretem a criação de novos tributos, contribuições ou quaisquer acréscimos ou decréscimos nos tributos ou contribuições já existentes, aplicando-se este ajuste proporcionalmente à efetiva incidência no período contratual.

14.5 - Independentemente do disposto nas subcláusulas anteriores o valor das mensalidades poderá ser reajustado, quadrimestralmente sempre que a sinistralidade, verificada neste período, comprometa mais de 70% (setenta por cento) do somatório dos valores das contra-prestações pagas pela CONTRATANTE no quadrimestre de apuração.

14.6 - Os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os serviços, exames e tratamentos assegurados, os excluídos, as carências, os limites e os benefícios. Assim, qualquer alteração destes itens será procedida mediante aditivo contratual, com a conseqüente repactuação dos valores devidos.

14.7 - Os valores das mensalidades relativas às inclusões de usuários titulares, dependentes e agregados, independentemente da data de ingresso no plano, serão reajustadas quando do aniversário do contrato, unificando-se as respectivas datas-base.

#### **CLÁUSULA 15ª - DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS**

##### **15.1 - Seguro por morte acidental ou morte natural.**

15.1.1 - Ao usuário titular inscrito, será assegurada cobertura por sua morte natural ou acidental, obedecendo os critérios governamentais para a concessão e às seguintes condições contratuais:

- a) estar regularmente inscrito junto à CONTRATADA e estar a CONTRATANTE em dia com o pagamento das mensalidades;
- b) ter cumprido o prazo de permanência de 180 dias no contrato, contados da data da sua inscrição;
- c) contar com a idade máxima de 65 anos por ocasião da sua inscrição como usuário titular.

15.1.2 - Para fazer jus ao seguro, os dependentes do titular falecido, através da CONTRATANTE, deverão apresentar à CONTRATADA:

- a) certidão de óbito;
- b) certidão de casamento do cônjuge vivo, assumido, na falta de designação de outro, como beneficiário;
- c) na falta do cônjuge, certidão de nascimento dos filhos, ou outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência na sucessão, de acordo com a legislação própria;
- d) carteira de identidade e CPF do titular falecido e do(s) indicado(s) para receber(em) o benefício; e
- e) no caso de morte acidental, além dos documentos mencionados anteriormente, o Boletim de Ocorrência e os Laudos Cadavérico e de Dosagem Alcoólica.



15.1.3 - O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura prevista na subcláusula 15.1.1.

15.1.4 - O valor do seguro por morte natural é de R\$ 1.038,80 (um mil trinta e oito reais e oitenta centavos), sendo que, por morte acidental, o valor deste corresponderá ao dobro daquele.

15.1.5 - Esses valores serão corrigidos a partir da vigência do contrato segundo a variação do índice indicado pelo Governo Federal para o mercado segurador.

15.1.6 - O seguro previsto nesta cláusula será coberto por companhia seguradora idônea, através da CONTRATADA, obedecidas as normas da apólice geral pactuada entre a última e a primeira.

15.1.6.1 - A companhia seguradora será informada à CONTRATANTE, por ocasião da celebração do contrato.

## 15.2. PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL (PEA)

É o benefício, observadas as condições estabelecidas neste contrato, que garante aos usuários dependentes relacionados na subcláusula 15.2.2 adiante permanecerem com direito à assistência médica e hospitalar após a morte do USUÁRIO TITULAR, sem pagar as mensalidades, pelo prazo de 5 (cinco) anos, contado da data do óbito.

15.2.1. O PEA será concedido desde que observadas as seguintes condições:

- a) o USUÁRIO TITULAR deve estar inscrito 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 usuários dependentes terão direito através do PEA será igual aquela que possuíam, quando do falecimento do USUÁRIO TITULAR;
- d) as coberturas adicionais não estão incluídas no PEA, independentemente de contratadas no plano anterior à concessão deste benefício;
- e) as coberturas adicionais não poderão ser incluídas após a concessão do PEA, mesmo que os usuários se dispunham a efetuar o pagamento das mesmas; e
- f) os usuários dependentes devem apresentar a certidão de óbito do USUÁRIO TITULAR, além dos documentos necessários para a comprovação de dependência.

15.2.2. Para concessão do PEA, serão considerados beneficiários, **exclusivamente**: cônjuge; companheiro, vedada a eventual concorrência deste com o cônjuge, salvo se por determinação judicial; e 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, que ficam equiparados aos filhos solteiros e filhos inválidos, desde que inscritos na época da assinatura deste contrato.

15.2.2.1. Usuários agregados não têm direito ao benefício do PEA.

15.2.2.2. Perderá imediatamente o direito ao PEA o usuário que, no curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder a condição de beneficiário definida na subcláusula 15.2.2.

15.2.3. Os dependentes inscritos após a assinatura deste contrato farão jus ao benefício se, na época do falecimento do USUÁRIO TITULAR, tiverem pelo menos 12 (doze) meses de vigência individual.

15.2.4. O filho nascido ou adotado após o início de vigência do contrato deverá ter sido incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção para fazer jus ao benefício, sob pena de ser aplicado o disposto na subcláusula 15.2.3.

15.2.5. O direito ao PEA também é conferido ao nascituro, considerado filho do USUÁRIO TITULAR falecido que deverá ter sido inscrito durante o prazo de 30 (trinta) dias após o seu nascimento, sob pena de ser aplicado o disposto na subcláusula 15.2.3.



15.2.6. Os Cartões de Identificação dos usuários dependentes serão substituídos pelo Cartão de Identificação do PEA.

15.2.6.1. A CONTRATADA expedirá Cartão de Identificação aos dependentes inscritos, para utilização provisória desse benefício, até confirmação do preenchimento da condição que enseja a concessão.

15.2.7. O direito ao PEA 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.

15.2.8. Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos ficarão impedidos de gozar os benefícios do PEA, mesmo que tenham direito a ele.

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

#### **CLÁUSULA 16ª - DA RESCISÃO**

16.1 – Será considerado rescindido o contrato, com a exclusão dos usuários titulares e seus respectivos dependentes e agregados, se permanecerem impagas 03 (três) mensalidades, consecutivas ou não, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso ou das despesas médicas-hospitalares e odontológicas, por ventura realizadas no período de inadimplência, a critério da CONTRATADA.

16.2 - **Rescinde-se também o contrato**, independentemente do prazo de vigência e de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- a) **qualquer ato ilícito civil ou penal** praticado pelos usuários;
- b) **abuso**, este considerado como a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
- c) **utilização indevida do cartão de identificação** da CONTRATADA na forma prevista na subcláusula 5.11 deste instrumento, e
- d) **omissão ou distorção de informações** em prejuízo da CONTRATADA ou do resultado de perícias ou exames.

16.3 – A critério da CONTRATADA, esta poderá optar, mediante aviso prévio à CONTRATANTE, pela exclusão do usuário titular e seus respectivos dependentes e agregados, estes eventualmente inscritos, em substituição à rescisão do contrato.

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

16.5 – Rescindir-se-á o contrato, por fim, se no decorrer da relação contratual houverem menos de 10 (dez) usuários inscritos.

#### **CLÁUSULA 17ª - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

17.1 - O contrato terá vigência mínima de 12 (doze) meses, contados de **01 / 05 / 2001**, prorrogando-se automaticamente, por prazo indeterminado, podendo ser, a partir daí, denunciado por quaisquer das partes, mediante comunicação, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência.



17.1.1 - A CONTRATANTE poderá, no entanto, **denunciar o contrato antes do término do prazo mínimo**, previsto na subcláusula anterior, mediante comunicação escrita com antecedência de 30 (trinta) dias, **sujeitando-se, contudo, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do referido prazo.**

17.1.2 - A CONTRATANTE, por ocasião da contratação, obriga-se a declarar à CONTRATADA, serem ou não os usuários titulares custeadores, total ou parcialmente do valor da mensalidade.

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

17.3 - Durante o prazo da denúncia, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

17.4 - A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos usuários titulares, dependentes e agregados inscritos, durante o período de suspensão dos atendimentos resultante da sua inadimplência ou após a rescisão do contrato, independentemente da data de início do tratamento.

17.5 - Qualquer tolerância por inadimplemento não implicará em perdão, novação, renúncia ou alteração do quanto foi pactuado neste instrumento.

17.6 - Rescindido o contrato, obriga-se a CONTRATANTE a devolver à CONTRATADA todos os cartões de identificação, ainda válidos, emitidos em favor dos seus usuários titulares e respectivos dependentes e agregados, sob pena de responsabilizar-se pelos atendimentos prestados, na forma do disposto na subcláusula 17.4.

17.7 - A CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a prestar toda e qualquer informação cadastral a seu e a respeito dos seus usuários inscritos, que venha a ser solicitada pelos órgãos governamentais de fiscalização.

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

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

17.10 - Fica eleito o foro da cidade do Rio de Janeiro para resolver qualquer demanda oriunda do contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

17.11 - Integram este instrumento, para todos os fins de direito, os eventuais aditivos assinados pelas partes contratantes.

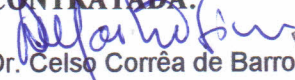
E por estarem justas e acordadas firmam o presente em duas vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.


Rio de Janeiro, 01 de maio de 2001.


**CONTRATANTE:**

  
Miguel Álvaro Santiago Nobre  
Presidente

**CONTRATADA:**

  
Dr. Celso Corrêa de Barros  
Diretor Presidente

  
Dr. Armido Claudio Mastrogiovanni  
Vice Presidente  
Diretor Médico  
Unimed Rio

  
Dr. Eduardo Augusto Bordallo  
Diretor de Mercado

**TESTEMUNHAS:**

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_



17.1.1 - A CONTRATANTE poderá, no entanto, **denunciar o contrato antes do término do prazo mínimo**, previsto na subcláusula anterior, mediante comunicação escrita com antecedência de 30 (trinta) dias, **sujeitando-se, contudo, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do referido prazo.**

17.1.2 - A CONTRATANTE, por ocasião da contratação, obriga-se a declarar à CONTRATADA, serem ou não os usuários titulares custeadores, total ou parcialmente do valor da mensalidade.

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

17.3 - Durante o prazo da denúncia, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

17.4 - A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos usuários titulares, dependentes e agregados inscritos, durante o período de suspensão dos atendimentos resultante da sua inadimplência ou após a rescisão do contrato, independentemente da data de início do tratamento.

17.5 - Qualquer tolerância por inadimplemento não implicará em perdão, novação, renúncia ou alteração do quanto foi pactuado neste instrumento.

17.6 - Rescindido o contrato, obriga-se a CONTRATANTE a devolver à CONTRATADA todos os cartões de identificação, ainda válidos, emitidos em favor dos seus usuários titulares e respectivos dependentes e agregados, sob pena de responsabilizar-se pelos atendimentos prestados, na forma do disposto na subcláusula 17.4.

17.7 - A CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a prestar toda e qualquer informação cadastral a seu e a respeito dos seus usuários inscritos, que venha a ser solicitada pelos órgãos governamentais de fiscalização.

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

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

17.10 - Fica eleito o foro da cidade do Rio de Janeiro para resolver qualquer demanda oriunda do contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

17.11 - Integram este instrumento, para todos os fins de direito, os eventuais aditivos assinados pelas partes contratantes.

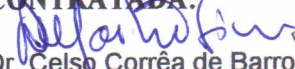
E por estarem justas e acordadas firmam o presente em duas vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.


Rio de Janeiro, 01 de maio de 2001.


**CONTRATANTE:**

  
Miguel Álvaro Santiago Nobre  
Presidente

**CONTRATADA:**

  
Dr. Celso Corrêa de Barros  
Diretor Presidente

  
Dr. Armido Claudio Mastrogiovanni  
Vice Presidente  
Diretor Médico  
Unimed Rio

  
Dr. Eduardo Augusto Bordallo  
Diretor de Mercado

**TESTEMUNHAS:**

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_



**DECLARAÇÃO**

Declaramos que nos foi oferecido o Plano Referência (artigo 10º § 2º da Lei 9.656/98), comercializado pela CONTRATADA com a denominação de Plano Alfa, que assegura assistência ambulatorial e assistência hospitalar com obstetrícia e acomodação em quarto coletivo (enfermaria), para tratamento das doenças relacionadas no CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde.

Rio de Janeiro, 01 de maio de 2001.

**CONTRATANTE:**

  
**Miguel Alvaro Santiago Nobre**  
**Presidente**

*Handwritten mark*

*M*

*M*

*Handwritten mark*