

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

CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA PLANO UNIMED PLUS A /PLUS I A

ESTADUAL

Registro ANS nº 705.567/99-6 e 705.568/99-4

Pelo presente instrumento, e na melhor forma de direito, as partes adiante identificadas, a primeira ABATERJ – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE AMIGOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, inscrita no C.N.P.J sob o nº 02789534/0001-74, estabelecida em Rua Almirante Barroso nº 139/601 – Centro – Rio de Janeiro, neste ato, representada por sua Presidente, MARIA CAROLINA SCHINDLER MURTA RIBEIRO, brasileira, casada, pianista, portador da carteira de identidade nº 02914263-5, IFP, expedida em 18/06/1987, inscrito no CPF sob o nº 096.487.787-28, residente e domiciliado na Estrada da Gávea, 611/1203 Bloco 01- São Conrado – RJ, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE** e a segunda, **UNIMED LESTE FLUMINENSE – SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA**, com sede na Rua Dr. Borman, 51 – S/loja, Centro, nesta cidade, inscrita no CGC sob nº 28.630.531.0001-87, neste ato representada por seus Diretores Presidente, BENITO PETRAGLIA, Brasileiro, Casado, Médico, portador da Carteira de Identidade nº 5231032-0, expedida pelo CREMERJ, inscrito no CPF sob o nº 572.387.827-15 e Financeiro, JOSÉ EMÍDIO RIBEIRO ELIAS, Brasileiro, Casado, Médico, portador da Carteira de Identidade nº 5224863-7, expedida pelo CREMERJ, inscrito no CPF sob o nº 354.281.477-68, 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, através de seus médicos cooperados e rede assistencial própria ou contratada, aos sócios, diretores e empregados da **CONTRATANTE**, bem como os associados, cooperados e sindicalizados e aos seus respectivos dependentes, estes últimos eventualmente inscritos pela **CONTRATADA**, que espontaneamente vierem a aderir ao presente instrumento.
- 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, constantes da Cláusula 6ª.
- 1.3 Fica facultada a contratação de coberturas adicionais, que sejam oferecidas pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES PARA EFEITOS DESTES CONTRATOS

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

- 2.1 **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.
- 2.2 **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.
- 2.3 **Acidente pessoal** é o evento exclusivo, pessoal, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, causador de lesão física.
- 2.4 **Eletivo** é a designação dos procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência, cuja realização pode ser previamente programada.
- 2.5 **Doença congênita** é a anomalia que existe desde o nascimento, decorrente de influência verificada durante a gestação ou por ocasião do parto.
- 2.6 **Doença ou lesão preexistente** é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.
- 2.7 **Doença crônica** é aquela que exige tratamento ou acompanhamento médico de forma contínua ou intermitente.
- 2.8 **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.

- 2.9 Ano** é o período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados da vigência do contrato.
- 2.10 Usuário Dependente** é aquela pessoa, relacionada na Cláusula 4ª, que possua grau de parentesco e que seja dependente econômico do usuário titular.
- 2.11 Urgência** é o estado resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.
- 2.12 Co-participação** é a parcela da despesa a ser paga pela **CONTRATANTE** quando da realização de determinados procedimentos médicos e/ou hospitalares, por parte dos seus **USUÁRIOS TITULARES** e respectivos dependentes .
- 2.13 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.
- 2.14 Agravo** é o acréscimo no valor da mensalidade decorrente da constatação de doença ou lesão preexistente.
- 2.15 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.
- 2.16 Cartão de Identificação** é o cartão individual contendo a identificação do usuário e que viabiliza a utilização da assistência e benefícios contratados.
- 2.17 Exames e Tratamentos Básicos e Especializados** são aqueles descritos e relacionados na Cláusula 8ª deste instrumento.
- 2.18 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.
- 2.19 Unimed do Brasil** é a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed.
- 2.20 Sistema Nacional Unimed** é o conjunto de todas as Unimed's, cooperativas de trabalho médico, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para prestação de serviços aos usuários constantes da relação entregue a **CONTRATANTE**.
- 2.21 Sistema Unimed do Estado do Rio de Janeiro** é o conjunto de todas as Unimed's do Estado do Rio de Janeiro, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue a **CONTRATANTE**, vinculadas através de contrato particular, para a prestação de serviços aos usuários.
- 2.22 Unimed** é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.
- 2.23 Rol de procedimentos** é a lista editada pelo CONSU através de anexo à Resolução nº 10/98, publicada em 04/11/1998, alterada pela Resolução Normativa nº 82 de 28/09/2004, que referenciam os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetria, hospitalar com obstetria, odontológica e procedimentos de alta complexidade).

- 2.24 Recursos ou Serviços Contratados ou Credenciados** são aqueles colocados à disposição do usuário, pela **CONTRATADA**, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.
- 2.25 Reajuste Financeiro** é a atualização do valor das contraprestações pecuniárias em função da variação dos custos médicos e hospitalares do plano de saúde em que o usuário esteja inscrito.
- 2.26 Reajuste Técnico** é a reavaliação do valor das contraprestações pecuniárias decorrente de alteração do nível de sinistralidade do plano de saúde em que o usuário esteja inscrito.
- 2.27 Patologia** são modificações funcionais produzidas pela doença do organismo.
- 2.28 Órtese** é o acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- 2.29 Prótese** é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou função.
- 2.30 Assistência a Nível Hospitalar** é aquela cujos atendimentos decorrem de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exijam ambiente hospitalar.
- 2.31 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.
- 2.32 Contratante** é a pessoa jurídica, qualificada na proposta de admissão em anexo, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.
- 2.33 Contratada** é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratado.
- 2.34 Usuário** é a pessoa física, inscrita e admitida pela **CONTRATADA**, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, seus respectivos dependentes.
- 2.35 Proposta de Admissão** é o documento validado pela **CONTRATADA**, preenchido pela **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.
- 2.36 Beneficiário** é aquele que é favorecido pelo benefício.
- 2.37 Benefício** é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato.
- 2.38 Consulta** é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.
- 2.39 Contrato Coletivo por Adesão** é aquele que oferece cobertura à população vinculada a pessoa jurídica através da relação de emprego, associativa, cooperativa ou sindical que vier aderir espontaneamente ao plano.

- 2.40 Convivente** é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia, amigado, amasiado ou companheiro.
- 2.41 Guia de Serviço de Saúde** é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.
- 2.42 Inscrição** é o ato de incluir um usuário no plano, condicionado ao aceite da **CONTRATADA**.
- 2.43 Internação Hospitalar** é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
- 2.44 Médico cooperado** é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no **SISTEMA UNIMED**.
- 2.45 Mensalidade** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à **CONTRATADA**, em face das coberturas previstas no contrato.
- 2.46 Plano** é a opção de coberturas adquiridas pelo **CONTRATANTE**.
- 2.47 Acidente de trabalho** é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do usuário em suas atividades profissionais.
- 2.48 Produto de Saúde Ocupacional** é o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos, demissionais, mudança de função e retorno ao trabalho dos empregados na empresa.
- 2.49 Cálculo Atuarial** é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
- 2.50 Custo Operacional** é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através de Tabela de Referência, acrescido de um percentual a título de despesas administrativas.

CLÁUSULA 3ª - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 3.1** Os serviços contratados serão prestados pela **CONTRATADA**, dentro do Estado do Rio de Janeiro, através de seus médicos cooperados de rede própria ou básica ou por ela contratada bem como por todas as cooperativas médicas que integram o **SISTEMA UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**. Cabe ressaltar que o atendimento de emergência e urgência estará assegurado em todo o território nacional.
- 3.2** É assegurado ao usuário titular e aos seus dependentes, estes últimos eventualmente inscritos, a prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado o plano contratado, conforme área de abrangência prevista na Cláusula 3ª, item 3.1. 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 atuação, descritas na Cláusula 3ª, item 3.1 deste contrato. Nestes casos a **CONTRATADA** será responsável pela remoção em definitivo para hospital credenciado de melhor porte.

CLÁUSULA 4ª - DOS USUÁRIOS

São considerados usuários, para efeitos deste instrumento, os sócios, diretores e empregados da **CONTRATANTE**, associados, cooperados e sindicalizados, usuários titulares, bem como aqueles com grau de parentesco e dependência econômica a ele relacionados, considerados usuários dependentes, assim definidos: cônjuge; convivente, filhos solteiros até 24 (vinte e quatro) anos de idade; enteados, tutelados e menores sob guarda por força de decisão judicial, estes equiparados aos filhos solteiros, filhos inválidos e mãe ou pai, dependentes economicamente do usuário titular.

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

- 5.1 A inclusão do usuário titular e respectivos dependentes 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 até 20/09/2007 para promover a inscrição dos seus sócios, diretores e empregados, bem como os associados, cooperados e sindicalizados.
- 5.1.2 Nas inclusões posteriores àquela prevista na sub-cláusula 5.1.1, a **CONTRATANTE** terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, a partir da data de admissão do usuário titular, para inscrever o mesmo e, eventualmente, os seus respectivos dependentes.
- 5.1.3 A **CONTRATADA** poderá solicitar, a qualquer tempo, durante a relação contratual, a comprovação da data de vínculo empregatício e/ou associativo do usuário titular, como sócio, diretor ou empregado da **CONTRATANTE** da associação, da cooperativa e/ou do sindicato.
- 5.1.4 Na hipótese de inclusão de usuários, após 30 (trinta) dias da implantação do contrato, a comprovação da condição de sócio, diretor, empregado e/ou associado 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 informado na ocasião da implantação do contrato.

- 5.1.6** A assistência e benefícios constantes deste instrumento serão prestados aos usuários regularmente inscritos, observando-se o disposto na sub-cláusula anterior, a partir do primeiro dia do mês subsequente ao do pedido de inscrição, cumprindo as carências eventualmente existentes, caso as inscrições ocorram a partir de 21/09/2007.
- 5.1.7** A **CONTRATADA**, poderá solicitar, durante a relação contratual, a documentação comprobatória das declarações do usuário titular, prestadas por ocasião da celebração do contrato.
- 5.2** É assegurada a inclusão, observadas as condições contratadas:
- 5.2.1** Do recém-nascido, filho natural do usuário, isento do cumprimento dos períodos de carência descritos na Cláusula 10^a., desde que ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento e que o parto tenha sido coberto pela **CONTRATADA**.
- 5.2.2** Do filho adotivo, que tenha sido adotado com idade de até 12 (doze) anos, durante a vigência do contrato, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante.
- 5.3** A inclusão de filhos naturais fora dos prazos mencionados nas cláusulas anteriores, mesmo que nascidos na vigência do contrato, estarão condicionados ao cumprimento dos períodos de carência mencionados na Cláusula 10^a, a partir da data de inscrição do contrato.
- 5.4** A inscrição de dependentes, após a inclusão do usuário titular, excetuadas as hipóteses previstas nas sub-cláusulas anteriormente mencionadas, far-se-á mediante o cumprimento das carências previstas neste instrumento.
- 5.5** Fica assegurado ao usuário titular, funcionário da **CONTRATANTE**, que contribua para o plano contratado, 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 de cobertura assistencial que possuía antes da dispensa, desde que não ocorra a descontinuidade de pagamento dos boletos.
- 5.5.1** O direito assegurado na sub-cláusula anterior estende-se aos dependentes eventualmente inscritos.
- 5.5.2** 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.
- 5.5.2.1** Em falecendo o usuário titular, aos dependentes, eventualmente inscritos, fica assegurada a permanência até o término do prazo fixado na sub-cláusula anterior desde que assumo o integral pagamento do valor da mensalidade conforme boleto.
- 5.5.3** Cessará a qualidade de usuário assegurada na sub-cláusula 5.6, antes dos períodos fixados anteriormente, quando o usuário titular for admitido em outro emprego.
- 5.5.3.1** 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.

- 5.5.4** Não caracteriza participação financeira, a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto do contrato.
- 5.6** Fica assegurado, ainda, ao usuário titular, funcionário da **CONTRATANTE**, que contribuir para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, ao se aposentar, o direito de manter a qualidade de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial que possuía antes da sua aposentadoria, desde que não ocorra a descontinuidade de pagamento das mensalidades.
- 5.6.1** O usuário titular, funcionário da **CONTRATANTE**, que contribuir por prazo inferior aquele mencionado na sub-cláusula anterior, terá assegurado o direito de manutenção da qualidade de usuário de um ano para cada ano de contribuição.
- 5.6.2** Aplica-se à hipótese mencionada na sub-cláusula 5.6 o disposto anteriormente nas sub-cláusulas 5.5.1, 5.5.2.1 e 5.5.3.
- 5.7** Fica acertado que caberá a **CONTRATANTE** a responsabilidade de comunicar aos seus sócios, diretores, empregados, associados, cooperados e sindicalizados, o direito de manter a condição de usuário, inclusive dependentes a ele vinculados, em caso de demissão sem justa causa, aposentadoria e falecimento.
- 5.7.1** Fica acordado que caberá a **CONTRATANTE** a imediata comunicação a **CONTRATADA**, a relação dos sócios, diretores, empregados, aposentados e/ou demitidos, sem justa causa, juntamente com a data do evento, que manifestarem a vontade de manter a condição de usuário, inclusive nome dos dependentes a ele vinculados.
- 5.7.2** Fica acertado que os associados, cooperativados e sindicalizados não terão direito a manutenção da qualidade de usuário, ficando a critério dos mesmos quando do desligamento da associação, cooperativa ou sindicato, a contratação de um plano particular diretamente com a **CONTRATADA**.
- 5.8** A **CONTRATADA** fornecerá aos usuários titulares e respectivos dependentes, 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.
- 5.9** 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.
- 5.10** Para emissão da segunda via do cartão de identificação, observar-se-ão as normas da **CONTRATADA**, que estiverem em vigor à época da requisição.
- 5.11** A exclusão do usuário titular ocasionará o cancelamento automático da inscrição dos respectivos dependentes, estes eventualmente inscritos, exceto o disposto na sub-cláusula 5.5.2.1.
- 5.12** Os usuários titulares e dependentes, 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.

- 5.13** Não poderão ser inscritos neste contrato os sócios, diretores e empregados da **CONTRATANTE** e associados, cooperados e sindicalizados, bem como seus respectivos dependentes que, na época da assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser realizada sua inclusão, no prazo de 30 (trinta) dias da alta médica.

CLÁUSULA 6ª - DO PLANO

O **usuário titular**, por ocasião da contratação, escolherá para si e para seus dependentes, apenas um entre os planos 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 PLANO CONTRATUAL

O **Plano Unimed PLUS A** assegura, dentro da área de atuação descrita na Cláusula 3ª, item 3.1, consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos realizados em regime ambulatorial, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas com acomodação em quarto coletivo.

O **Plano Unimed PLUS I A** assegura, dentro da área de atuação descrita na Cláusula 3ª item 3.1, consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos realizados em regime ambulatorial, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas com acomodação em quarto privativo, inclusive os seguintes hospitais de tabela própria: Casa de Saúde Santa Lúcia, Hospital Israelita, Centro Pediátrico da Lagoa, Casa de Saúde São José, Hospital Rio Mar e Clínica Bambina.

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 acomodação para padrão superior, os usuários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da opção, para novas internações, ficando garantida, no entanto, a utilização do tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência prevista;
- c) Nas transferências de acomodação para padrão superior com a cobertura de Obstetrícia, os usuários deverão cumprir carência de 300 (trezentos) dias a contar da data da opção, ficando garantida, no entanto, a utilização do tipo de acomodação do plano de origem.
- d) 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;

- e) 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;
- f) A transferência do usuário titular implica na transferência dos seus dependentes.
- g) Se, na ocasião da internação, o usuário titular optar por acomodação hospitalar superior à contratada ficará sob sua exclusiva responsabilidade direta, negociar diretamente com o médico e/ou hospital os custos médicos e hospitalares que excederem a garantia contratada, bem como os prazos de pagamento, não cabendo a **CONTRATADA** qualquer ônus daí decorrente.
- h) Na hipótese de migração do contrato de assistência médica e/ou hospitalar aos termos da lei 9.656/98, os usuários que já tiverem cumpridos os períodos de carência no contrato anterior, ficarão isento das mesmas prevista neste contrato, sendo exigido apenas o cumprimento das carências para os novos procedimentos não cobertos pelo contrato anterior.

6.3 DA CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO

- 6.3.1 A contratação coletiva por adesão destina-se a cobertura de assistência médico-hospitalar à massa populacional vinculada à **CONTRATANTE** que vier aderir espontaneamente ao plano contratado.
 - 6.3.1.1 O vínculo referido poderá ser de caráter empregatício e/ou associativo.
 - 6.3.1.2 A **CONTRATANTE** deverá, por ocasião da assinatura deste, apresentar os documentos cadastrais que identificam e qualificam os respectivos usuários, inclusive quanto ao vínculo de trabalho e associativo, o grau de parentesco e a relação de dependência econômica, bem como suas respectivas declarações pessoais de saúde que serão entregues, observando o sigilo próprio.
 - 6.3.1.3 A **CONTRATADA** tem até 15(quinze) dias, contados da data de recebimento de todos os documentos acima mencionados, para proceder a análise da proposta, sua aceitação e cadastramento.
 - 6.3.1.4 O cadastramento da proposta para todos os efeitos legais somente se caracterizará com a assinatura do contrato e eventuais aditivos.
- 6.3.2 O número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato, nesta contratação, é de 50 (cinquenta) usuários.
 - 6.3.2.1 No decorrer da vigência do contrato, se o número de usuários ficar abaixo do indicado anteriormente, a **CONTRATADA** poderá cancelar o contrato a qualquer tempo observando-se o disposto na sub-cláusula 17.1.

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, preferencialmente 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. Após esse prazo, as internações estarão sujeitas à co-participação financeira nas despesas prevista na sub-cláusula 7.2.1 a seguir;

7.2.1 A co-participação que se refere a cláusula 7.2 letra “c” seguirá os seguintes critérios;

- a) Os transtornos psiquiátricos terão como co-participação no valor das despesas despendidas com essas internações o equivalente a 50% (cinquenta por cento) a partir do 31º (trigésimo) dia; em um mesmo ano de contrato; e;
- b) Os quadros de intoxicação ou abstinência terão como co-participação no valor das despesas despendidas com essas internações o equivalente a 50% (cinquenta por cento) a partir do 16º (décimo sexto) dia, em um mesmo ano de contrato.
- c) A cobertura parcial relativa as alíneas “a” e “b” da subcláusula 7.2.1 possuirão um prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, excetuando as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.

7.2.2 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 sub-cláusula 7.2 anterior, para 180 (cento e oitenta) dias por ano, conforme Anexo 01.

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.

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.
- 7.6** A cobertura assistencial ao recém nascido durante os primeiros 30 dias após o parto.
- 7.7** Os transplantes de córnea e rim, estarão cobertos, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo;
- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

CLÁUSULA 8ª - DOS EXAMES E TRATAMENTOS BÁSICOS E 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) Histicitopatologia;
 - 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 videolaringoestroboscopia 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 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 videolaringoestroboscopia computadorizada;
- p) Videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica;
- q) Endoscopias que não possam ser realizadas em regime ambulatorial;
- r) Eletromiografia;
- s) Eletroneuromiografia;
- t) Quimioterapia e radioterapia
- u) Exames realizados por vídeo;
- v) Acupuntura

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:

1. Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências previstas;
2. Consultas e atendimentos domiciliares e enfermagem particular, independentemente das condições do usuário;
3. 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 médico-hospitalares necessárias à realização destes e aos medicamentos e materiais durante a internação do doador e do usuário transplantado;
4. Procedimentos odontológicos, salvo se tiver sido incluída a Cobertura de Assistência Odontológica através de aditivo específico;
5. Despesas extraordinárias de usuário internado e do acompanhante;
6. 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;
7. Vacinas, medicamentos e materiais, exceto em internações e atendimentos, estes últimos em caráter de urgência e emergência;
8. Aviação 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;
9. Atendimentos aos usuários titulares e dependentes 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;

10. 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 do Trabalho, do Ministério do Trabalho, inclusive o desenvolvimento do PCMSO. Estes serviços poderão ser contratados mediante a celebração de instrumento aditivo próprio;
11. Remoção, exceto as inter-hospitalares previstas na sub-cláusula 3.4 e desde que autorizadas previamente pela **CONTRATADA**;
12. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental; exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.).
13. Inseminação artificial;
14. Fornecimento de vacinas, medicamentos e materiais importados não nacionalizados, inclusive órtese e prótese;
15. Cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
16. Atendimento nos casos de cataclismos, epidemias, calamidade pública, conflitos sociais, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
17. Check-up, investigação diagnóstica eletiva;
18. Internações e tratamentos clínicos e cirúrgicos, decorrentes de transtornos psiquiátricos, salvo o disposto nas sub-cláusulas 7.2 e 7.3.
19. 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.
20. Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras decorrentes de acidente ocorridos na vigência deste contrato e que estejam causando problemas funcionais;
21. Tratamento em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos.
22. Produtos de toalete e higiene pessoal.
23. Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura
24. Despesas decorrentes de serviços médicos-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas ao Sistema Nacional Unimed.
25. Procedimentos para fins de diagnóstico ou terapias que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12(doze) horas.
26. As cirurgias refratárias (miopia, astigmatismo, hipermetropia) para graus inferiores a 7 (sete).
27. Medicação por via oral em procedimentos de Quimioterapia
28. Tratamento de escleroterapia de varizes;
29. Oxigenoterapia hiperbárica

CLÁUSULA 10ª - 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 Histocitopatológicos, exceto necrópsias e os constantes da letra "d"; Exames Radiológicos simples sem contraste; Exames e Testes Oftalmológicos; Exames e Testes Otorrinolaringológicos, exceto Videolaringoestroboscopia 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 constantes 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 Histocitopatológicos por Histoquímica; Hibridização Molecular; Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV III (HIV) - Western - Blot; Eletroencefalograma Prolongado; Mapeamento Cerebral; Polissonografia; Ecocardiografia/Ecodoppler; Videolaringoestroboscopia Computadorizada; 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; Cintilografias; 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;
- f) 300 (trezentos) dias** – Parto a termo;
- g) 720 (setecentos e vinte) dias** – Doenças e lesões preexistentes.

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 do **usuário titular** as despesas relativas à realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar (atos cirúrgicos e internações) que, eventualmente decorrerem do atendimento mencionado na sub-cláusula anterior, mesmo que ocorridos dentro do prazo das 12 (doze) horas.

- 10.2.2** Ao término do prazo de 12 (doze) horas em regime ambulatorial e/ou necessidade de internação hospitalar caracterizada pelo médico assistente, a **CONTRATADA** 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 do SUS.
- 10.2.3** Na hipótese de impossibilidade de remoção por risco de vida e/ou indisponibilidade de vagas em unidade do SUS que deverá ser pleiteada através dos familiares do usuário, serão de inteira responsabilidade do **usuário titular** as despesas referentes a procedimentos de assistência hospitalar que eventualmente venha a ocorrer após o atendimento ambulatorial, tais como atos cirúrgicos e internações, mesmo que realizados dentro do período de 12 (doze) horas, referido nesta cláusula.
- 10.2.4** Nos casos de urgência decorrente de acidente pessoal ocorrido após o cumprimento do prazo carencial próprio, previsto na letra "a" da sub-cláusula 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 credenciada pela **CONTRATADA**, mediante solicitação de médico cooperado;
- 11.2** Para ter acesso a qualquer atendimento, o usuário obriga-se a apresentar o cartão de identificação e um documento de identidade.
- 11.3** 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**.
- 11.4** A **CONTRATADA** deverá manter à disposição do usuário titular, nos seus escritórios, relação de médicos e prestadores atualizada.
- 11.4.1** A **CONTRATADA** poderá 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 após comunicação ao órgão regulador .

- 11.5 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 a autorização necessária ao atendimento junto à **CONTRATADA**.
- 11.6 A **CONTRATADA**, em nenhuma hipótese, se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados fora da forma contratada.
- 11.7 A **CONTRATADA** assegurará, no entanto, o reembolso no limite das obrigações objeto do plano contratado 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**.
- 11.7.1 O reembolso de que trata a sub-cláusula 11.7 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 de todos os documentos originais, a seguir, 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.
 - e) Ultrapassando o prazo estipulado no item 11.7.1, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrega do requerimento pelo IGP-M/FGV (Índice Geral de Preço e Mercado/Fundação Getúlio Vargas), ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.
 - f) Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de emergência ou urgência.
 - g) O prazo para solicitação do reembolso será de 90 (noventa) dias contados da data do evento.

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**.

12.3.1 Aos usuários dependentes, menores de 18 (dezoito) anos, inseridos neste contrato, quando internados, será assegurado o acompanhamento por um responsável. Aos idosos, com idade igual ou superior a 59 (cinquenta e nove) anos, inseridos neste contrato, quando internados, também será assegurado o acompanhamento, em tempo integral, se necessário, segundo critério do médico e mediante expressa autorização deste. Para o acompanhamento, tanto do idoso, quanto do menor de 18 (dezoito) anos, será necessário a obtenção de autorização prévia da **CONTRATADA**.

12.4 O prazo de internação constará na 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 assistente.

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 e despesas extraordinárias de acompanhantes, bem como despesas decorrentes de serviços médico-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 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 Os **usuários titulares** e seus respectivos dependentes obrigam-se a pagar à **CONTRATADA**, os valores abaixo relacionados, relativos à taxa de inscrição e à mensalidade, de acordo com o plano escolhido:

TABELA PARA TITULARES E DEPENDENTES

FAIXA ETÁRIA	QUARTO COLETIVO (R\$)	QUARTO PARTICULAR (R\$)
Per Capita	142,29	184,98

- a) Os preços da tabela acima representam valores médios (únicos), calculados com base na distribuição do grupo de usuários nas faixas etárias, fornecidas pela **CONTRATANTE**, considerando-se ainda os custos da emissão de boleto bancário para cobrança das mensalidades. Tais preços poderão ser revistos quando houver mudança na composição do grupo ou aumento dos índices de sinistralidade.

TABELA PARA DEDITADOS/APOSENTADOS

FAIXA ETÁRIA	QUARTO COLETIVO (R\$)	QUARTO PARTICULAR (R\$)
00 a 18	58,32	75,82
19 a 23	71,73	93,25
24 a 28	85,32	110,91
29 a 33	91,50	118,95
34 a 38	94,89	123,36
39 a 43	110,36	143,46
44 a 48	142,88	185,75
49 a 53	187,69	244,00
54 a 58	258,38	335,89
59 +	349,95	454,93

- b) A tabela acima, contempla os usuários titulares, funcionários da **CONTRATANTE**, bem como seus dependentes a ele vinculados, que optarem pelo o direito de manter a qualidade de usuário previsto na Cláusula 5ª item 5.6 deste contrato.
- c) O **usuario titular** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** por ocasião de sua inscrição de cada usuário titular e dependente, independente do plano escolhido, o equivalente a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), referente à taxa de inscrição.
- 13.2** Os preços especificados nas tabelas foram estabelecidos de acordo com a faixa etária de cada usuário que participará do plano. Ocorrendo alteração na idade ou condição de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para faixa etária superior, os preços serão reajustados automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário.
- 13.3** A mensalidade será paga pelo usuário por meio de boleto bancário, sempre até o vencimento e nos locais indicados.
- 13.3.1** Caso o usuário titular não receba o boleto bancário até o vencimento, dia 20 de cada mês, deverá providenciar junto à **CONTRATADA** a emissão da 2ª via, promovendo, no prazo, o pagamento do mesmo, sob pena de sujeitar-se à multa e encargos moratórios.
- 13.4** Os preços previstos na sub-cláusula 13.1 deverão ser pagos mensalmente, sob a forma de pré-pagamento, até a data acordada do mês a que se referir o boleto.
- 13.5** O atraso do pagamento da mensalidade 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 sub-cláusula anterior e nas sub-cláusulas 16.1 e 16.4.

- 13.6 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade serão cobrados juros de mora de 1% (hum por cento) ao mês, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custos judiciais

CLÁUSULA 14ª - DOS REAJUSTES DE PREÇO

- 14.1 Os preços relacionados na sub-cláusula 13.1, letras “a”, “b” e “c”, 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 da mensalidade será reajustado anualmente com base na variação do índice IGP-M (Índice Geral de Preços - Mercado), 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 sub-cláusulas 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 sub-cláusula 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 O valor da mensalidade será ajustado, 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 sub-cláusulas anteriores o valor do boleto poderá ser reajustado trimestralmente sempre que a sinistralidade verificada neste período, comprometa mais de 70% (setenta por cento) do somatório dos valores das contra-prestações pagas pelos **USUARIOS** no trimestre 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 O valor da mensalidade relativo às inclusões de usuários titulares e dependentes independentemente da data de ingresso no plano, serão reajustadas quando do aniversário do contrato, unificando-se as respectivas datas-base.

CLÁUSULA 15ª - DOS REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA

- 15.1 As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário escrito esteja enquadrado.
- 15.1.1 Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, na mensalidade seguinte ao do aniversário do usuário.

As faixas etárias para os fins deste contrato são as seguintes:

- a) 1ª - até 18 (dezoito) anos
- b) 2ª - de 19 (dezenove) anos a 23 (vinte e três) anos
- c) 3ª - de 24 (vinte e quatro) anos a 28 (vinte e oito) anos
- d) 4ª - de 29 (vinte e nove) anos a 33 (trinta e três) anos
- e) 5ª - de 34 (trinta e quatro) anos a 38 (trinta e oito) anos
- f) 6ª - de 39 (trinta e nove) anos a 43 (quarenta e três) anos
- g) 7ª - de 44 (quarenta e quatro) anos a 48 (quarenta e oito) anos
- h) 8ª - de 49 (quarenta e nove) anos a 53 (cinquenta e três) anos
- i) 9ª - de 54 (cinquenta e quatro) anos a 58 (cinquenta e oito) anos
- j) 10ª - a partir de 59 (cinquenta e nove) anos

15.2 Aos aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos seguintes aumentos percentuais, incidentes sobre o preço da faixa etária anterior, sendo certo que não se confundem com o reajustamento disposto na cláusula anterior.

- a) 00 a 18 anos : sem reajuste
- b) ao completar 19 anos : 22,98%
- c) ao completar 24 anos : 18,95%
- d) ao completar 29 anos : 7,24%
- e) ao completar 34 anos : 3,71%
- f) ao completar 39 anos : 16,29%
- g) ao completar 44 anos : 29,47%
- h) ao completar 49 anos : 31,36%
- i) ao completar 54 anos : 37,66%
- j) ao completar 59 anos : 35,44%

CLÁUSULA 16ª - DA RESCISÃO

16.1 Será considerado rescindido o contrato, com a exclusão dos usuários titulares e seus respectivos dependentes, se permanecerem sem pagamento, 03 (três) boletos consecutivos ou não, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso ou das despesas médico-hospitalares, 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) Omissão ou distorção de informações em prejuízo da CONTRATADA ou do resultado de perícias ou exames comprovada pelo órgão regulador mediante instauração de processo administrativo.

16.3 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.

CLÁUSULA 17ª - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 17.1** O contrato terá vigência mínima de 12 (doze) meses, contados de **01/08/2007**, 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 sub-cláusula 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**, neste ato, declara que é de exclusiva responsabilidade do usuário titular o pagamento 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 dos usuários titulares.
- 17.3** Durante o prazo da denúncia, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.
- 17.4** Quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos usuários titulares e dependentes inscritos, durante o período de suspensão dos atendimentos resultante da sua inadimplência, independentemente da data de início do tratamento, será de responsabilidade do usuário titular, inclusive a responsabilidade pela dívida líquida e certa em favor da **CONTRATADA**.
- 17.5** Qualquer tolerância por inadimplemento não implicará em perdão, novação, renúncia ou alteração do quanto foi pactuado neste instrumento.
- 17.6** 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.
- 17.7** A **CONTRATANTE** se obriga a dar aos seus sócios, diretores, empregados e associados 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.
- 17.8** Os casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes contratantes e poderão ser objeto de aditivo ao contrato, quando couber.
- 17.9** Fica eleito o foro da cidade de Niterói para resolver qualquer demanda oriunda do contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

