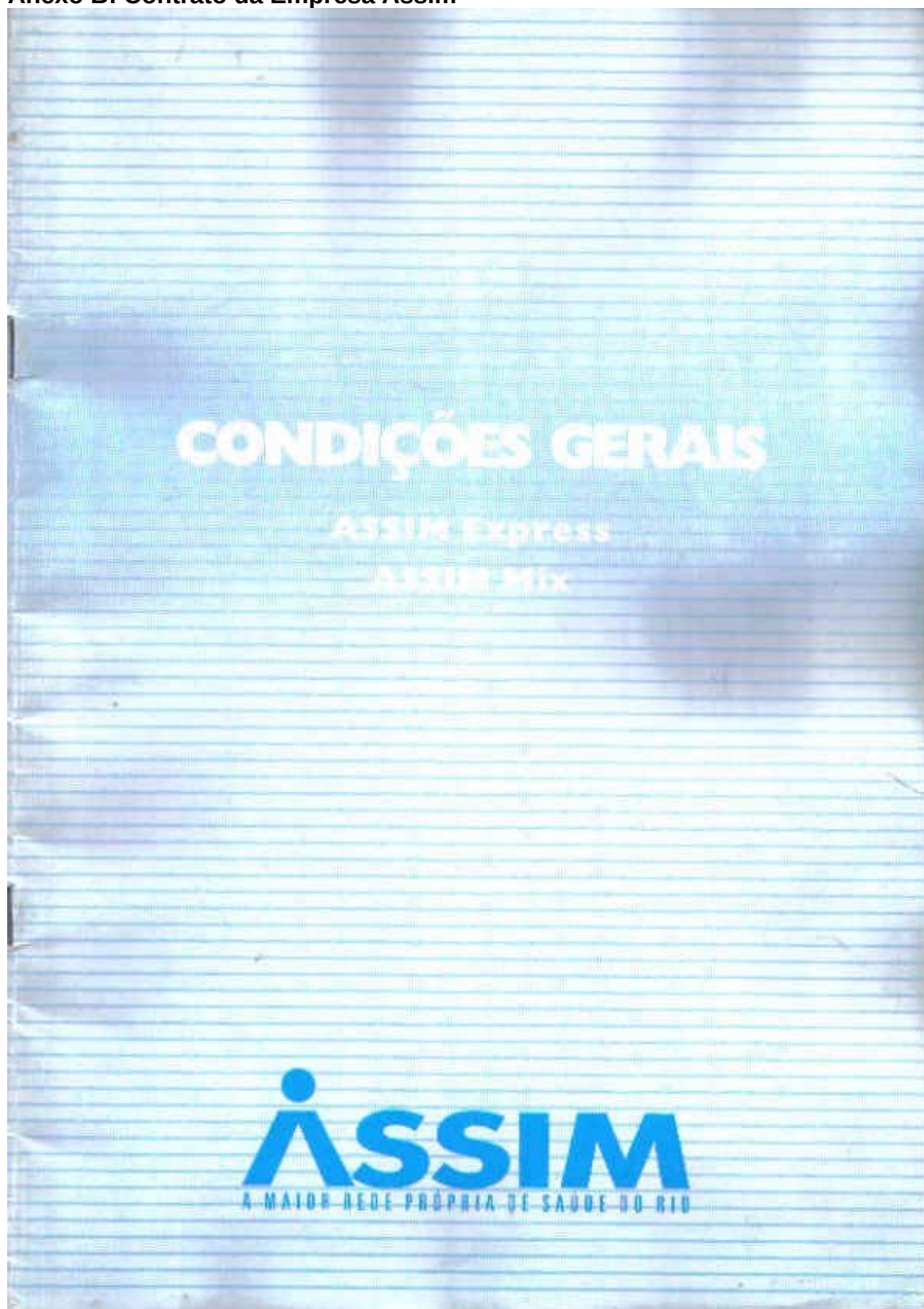


Anexo B: Contrato da Empresa Assim

28.13.1: As mensalidades apuradas a este contrato poderão ser pagas na rede bancária, cabendo, nestes casos, ao CONTRATANTE arcar com os custos decorrentes da tarifa pertinente ao serviço bancário que lhe for prestado, sendo certo, entretanto, que tal quitação poderá ocorrer sem a cobrança da citada tarifa, desde que o pagamento da mensalidade ocorra na sede do CONTRATADO, à Rua da Lapa, n.º 40, Centro, Rio de Janeiro - RJ.

28.13.2: Todos os pagamentos serão feitos na rede bancária ou na sede do CONTRATADO, ficando o CONTRATANTE informado que o CONTRATADO não pratica cobrança domiciliar, consequentemente, os pagamentos que não foram realizados como disposto acima, serão considerados inválidos, especialmente se efetuados junto ao corretor que efetua a venda ou a cobrança.

28.13.3: Nenhum pagamento será reconhecido ou considerado realizado se o CONTRATANTE não possuir a respectivo comprovante devidamente autenticado por banco autorizado ou nas Agências de Arrendimento do ASSIM.

28.13.4: As mensalidades poderão ser reajustadas, no transcorrer do Contrato, em razão da variação da sinistralidade, ou em virtude de alteração dos custos odontológicos. A alteração desses custos é apurada mediante a aplicação da seguinte fórmula:

$$I_r = (HO \times P_4) + (S \times P_5) + (DG \times P_6)$$

Onde:

I_r = Índice de reajuste;

HO = Variação dos preços dos honorários odontológicos;

S = Variação dos salários;

DG = Variação dos preços das despesas gerais;

P_4 , P_5 e P_6 representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula, validados de acordo com as normas estabelecidas pelo órgão governamental competente.

28.13.5: O reajuste das mensalidades com base na variação dos custos odontológicos ocorrerá, na periodicidade autorizada pela legislação vigente à época do reajuste ou determinada pelo órgão governamental competente.

28.13.6: O pagamento posterior não quita débitos anteriores.

28.13.7: O beneficiário em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades fica sujeito a aplicação de multa e juros de mora.

28.13.8: Os compromissos ora firmados poderão ser cancelados em razão do não pagamento de mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, estes registrados nos últimos doze meses de vigência deste contrato. O CONTRATADO notificará o CONTRATANTE até o quinquagesimo dia da inadimplência da eminência desse cancelamento.

28.13.9: O CONTRATANTE será responsabilizado pelos custos decorrentes da utilização do sistema durante o período de inadimplência que preceder o cancelamento do contrato, caso isto ocorra.

28.13.10: O CONTRATANTE, não recebendo o documento de cobrança até cinco dias úteis antes da data do vencimento, deverá imediatamente comunicar-se com o CONTRATADO para realizar o pagamento, não cabendo qualquer alegação posterior.

28.14: DA VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO CONTRATO

O período de vigência deste Contrato será de 1 (um) ano, sendo o pagamento parcelado em 12 (doze) meses e renovado automaticamente por períodos de mais 1 (um) ano, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxa ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

28.14.1: O início da vigência deste Contrato será a data da assinatura do Termo de Adesão.

Parágrafo Único: A data prevista para o início da vigência do Contrato poderá ser adiada em razão de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessárias para a complementação dos dados cadastrais.

28.10. DO RESSARCIMENTO

O CONTRATADO ressarcirá as despesas com atendimento de urgência comprovada, através da nota fiscal ou recibo do serviço prestado e do laudo do dentista informando o atendimento executado, desde que, seja ocorrido fora da área de abrangência geográfica e em Municípios onde não haja rede credenciada.

28.10.1. O valor do ressarcimento será correspondente ao custo do procedimento pago à rede credenciada, cujos valores constam da Tabela de Honorários ajustada pelo CONTRATADO com seus credenciados. O pagamento será feito exclusivamente ao CONTRATANTE.

28.11. DAS CARENCIAS

O(s) BENEFICIÁRIO(S) cumprirá(ão) os seguintes prazos de carência, contados do início da vigência do Contrato, sempre em conformidade com as condições estabelecidas pelo plano escolhido:

24 (vinte e quatro) horas	Atendimento de Urgência;
90 (noventa) dias	Procedimentos referentes aos casos de prevenção, radiologia e consulta;
120 (cento e vinte) dias	Procedimentos referentes aos casos de periodontia, restauração e cirurgias;
180 (cento e oitenta) dias	Procedimentos referentes aos casos de endodontia;

28.12. DAS FRANQUIAS

Os procedimentos garantidos por este Contrato sujeitos à franquia são os descritos na cláusula 28.7, incisos I a VII e serão quitados de acordo com o que estiver fixado na Tabela de Honorários do CONTRATADO e conforme a opção indicada pelo BENEFICIÁRIO no TERMO DE ADESAO.

28.12.1. O valor da franquia a que se refere este Contrato são os estipulados conforme tabela abaixo:

TABELA DE FRANQUIA

Procedimentos	UF
Todos os relacionados na Cláusula 28.8, itens I a F	10 (dez) por procedimento

28.12.2. Unidade de Franquia (UF) é a unidade expressa em moeda corrente do país, estipulada na Tabela de Vendas DENTSIM, a qual multiplicada pelas quantidades especificadas para os benefícios acima, resultará no valor a ser pago pelo CONTRATANTE por ocasião do atendimento, sendo certo que nesta data a UF corresponde a R\$ 1,00.

28.12.3. O valor da UF (Unidade de Franquia) será corrigido imediatamente na periodicidade autorizada pela legislação e pela variação do IGP (Índice Geral de Preços - da Fundação Getúlio Vargas) ou na sua ausência, por índice que o substitua ou que retrate a variação inflacionária e que seja instituído pelo Governo e sempre que ocorrer aumento de custos por determinação governamental ou de origem de classe ou ocorrerem fatores imprevisíveis que afetem os custos administrativos.

28.13. DO PAGAMENTO DE MENSALIDADES E OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

São obrigações do CONTRATANTE:

- Pagar o valor da taxa de adesão contratual, arcando com encargos para a implantação e documentação, no ato da assinatura do Termo de Adesão contratual;
- Pagar a mensalidade calculada de acordo com o número de beneficiários inscritos, em local, forma e data de pagamento estabelecidos pelo CONTRATADO;
- O valor da mensalidade desse Contrato será calculado levando-se em consideração o número de beneficiários optantes e o valor do plano escolhido, constante da tabela vigente de vendas DENTSIM - pessoa física;
- Ser responsável, juntamente com o CONTRATADO, pelo controle da qualidade de seus direitos contratuais, devendo comunicar a esta toda e qualquer irregularidade observada.

28.8. DAS EXCLUSÕES

EM QUALQUER HIPÓTESE o BENEFICIÁRIO não terá direito à cobertura das despesas ou ressarcimento para os eventos abaixo indicados:

- I – Procedimentos que exijam internação hospitalar ou atendimento domiciliar;
- II – Procedimentos que não estejam descritos neste Contrato, na ocasião de sua assinatura;
- III – Procedimentos para correção de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco conhecido provocados pelo beneficiário, que incluem, entre outros: ingestão de bebidas alcoólicas e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, atentado contra a vida e procedimentos não-éticos e/ou suas consequências;
- IV – Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou material importado não reconhecidos pelo órgão oficial governamental; exames de laboratório; implantes e transplantes;
- V – Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto consultas de urgência, conforme conceituado na cláusula 28.10.1;
- VI – Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial;
- VII – Procedimentos não autorizados pela Consultoria Odontológica do CONTRATADO;
- VIII – Procedimentos com metais preciosos e/ou porcelanas fundidas;
- IX – Procedimentos de próteses sobre implantes, de procedência nacional;
- X – Distúrbios do ATM (articulação temporomandibular);
- XI – Procedimentos cirúrgicos ou práticos para fim estético, bem como aparelhos e próteses nacionais e/ou importados, para o mesmo fim;
- XII – Quaisquer procedimentos relacionados com casos de conflitos, calamidade pública, doenças internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população;
- XIII – Qualquer não haver a qualquer cobertura para as despesas ou custos decorrentes da ausência do beneficiário a consultas por ele marcadas.

28.9. DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

O BENEFICIÁRIO será atendido somente por dentista que estiver relacionado e identificado como credenciado no MANUAL DO USUÁRIO de Plano Odontológico do CONTRATADO, sendo certo que caberá com exclusividade ao credenciado a definição da rotina de marcação de consulta e/ou atendimento com exclusividade ao credenciado, que poderá ou não estabelecer-se em função do BENEFICIÁRIO.

28.9.1. O atendimento inicial do(s) BENEFICIÁRIO(S) será prestado por um clínico geral ou por um odontopediatra, no caso de BENEFICIÁRIO com até 12 anos, ambos obrigatoriamente credenciados do CONTRATADO, sendo certo que havendo a necessidade de encaminhamento a outra especialidade, o(s) BENEFICIÁRIO(S) deverá(ão) dirigir-se à(s) especialidade(s) indicada(s), sabendo a escolha do(s) credenciado(s) especialista(s) exclusivamente ao respectivo BENEFICIÁRIO.

28.9.2. Somente após o atendimento inicial descrito na cláusula anterior, e ultrapassados os prazos carenciais, o BENEFICIÁRIO poderá iniciar a execução dos procedimentos, ou encaminhar-se para a(s) especialidade(s) que lhe tiver(em) sido indicada(s) para a respectiva avaliação e/ou realização do tratamento o que, de qualquer modo, observará as condições do plano que tiver sido contratado.

28.9.3. O BENEFICIÁRIO concorda que poderá ser encaminhado pelo CONTRATADO para consultas de avaliação, perícias e auditorias destinadas a verificar o bom andamento dos tratamentos, da manutenção do padrão de qualidade, atenção do nível de saúde bucal e/ou para dirimir dúvidas técnicas, consultas essas que serão realizadas pelos consultores odontológicos do CONTRATADO, sendo todas obrigatórias sempre que forem solicitadas pelo CONTRATADO.

28.9.4. O ônus decorrente da ausência do BENEFICIÁRIO a consulta acima, será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista o direito de cobrar o equivalente a 1 (uma) consulta de urgência, cujo valor observará o informado na Tabela de Honorários do CONTRATADO, estando fixado nesta data em R\$ 40,00.

28.9.5. O CONTRATADO definirá o tempo para análise técnica e liberação dos procedimentos odontológicos solicitados pelo dentista assistente do CONTRATANTE, sendo certo que esse prazo não ultrapassará o 20º (vigesimo) dia seguinte à entrega pelo credenciado do plano de tratamento odontológico na sede do CONTRATADO.

Bópsia – exclusivamente o ato cirúrgico
 Reimplante de elemento dentário e farcelização
 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada
 Hemiseção de raízes
 Resectomia
 Lixação
 Urtéria
 Correção de bandas musculares
 Frenectomia
 Cirurgia de autotransplante odontológico
 Excisão de rânula
 Excisão de mucocèle
 Remoção de restos residuais a nível gengival
 Remoção de restos residuais no tecido ósseo
 Remoção de raízes retentivas

VII – Endodontia:

Estomatia
 Tratamento de canal em dentes decíduos
 Tratamento de canal em dentes permanentes
 Retratamento de canal em dentes permanentes
 Apexificação ou especificação
 Tratamento de raízes perfuradas
 Remoção de próia

VIII – Prótese:

Restauração metálica-fundida (bloco)
 Restauração provisória em resina
 Coroa 1/2 ou 4/5 e coroa total
 Coroa Veneer
 Coroa de janela em amálico
 Coroa provisória em resina
 Núcleo metálico e remoção de núcleo irritável
 Prótese parcial fixa
 Prótese parcial removível unilateral em crânio-espalho (Roach)
 Prótese parcial removível bilateral em crânio-espalho (Roach)
 Prótese parcial removível provisória
 Prótese total
 Prótese total provisória-imediata
 Coroa em aço em odontopediatria
 Coroa de policarbonato em odontopediatria
 Mantenedor de espaço em amálico
 Mantenedor de espaço com banda
 Mantenedor de espaço com coroa
 Mantenedor de espaço com arco lingual

Parágrafo 1º – De acordo com práticas técnicas odontológicas aceitas, alguns procedimentos estão sujeitos a prazos mínimos de repetição, podendo, no entanto, ser autorizados fora dos mesmos, desde que haja necessidade imperiosa e justificada médica, esta, constatada após perícia realizada pelo respectivo BENEFICIÁRIO.

Parágrafo 2º – Os valores relativos aos procedimentos descritos no inciso VIII retro, serão pagos pelo BENEFICIÁRIO diretamente ao credenciado prestador do serviço, conforme estabelecido na cláusula 28.4.

- I - Consulta:**
 Inicial
 Urgência
 Curativo pós-cirúrgico, etc.
 Período inicial e final.
- II - Prevenção:**
 Aplicação tópica de fluor.
 Profilaxia
 Polimento coronário
 Selante oclusal - por elemento
- III - Radiologia:**
 Interproximal
 Panorâmica
 Oclusal
- IV - Periodontia:**
 Raspagem sub-gengival com alisamento radicular - por hem-arcada
 Raspagem supra-gengival - por hem-arcada
 Gengivectomia ou gengiveplastia
 Aumento de coroa clínica
 Imobilização dentária
 Cirurgia Periodontal
 Retalho gengival com debridamento e osteotomia ou osteoplastia
 Retalho gengival com enxerto ósseo - exclusivamente ao cirurgião
- V - Restauração:**
 Restauração em amálgam
 Restauração em composto
 Restauração em resina foto-polimerizável
 Restauração com onívoro de vidro
- VI - Cirurgia:**
 Exodontia (decíduo)
 Exodontia(permanente)
 Exodontia dentes incluídos
 Alveoloplastia
 Biópsia cavidade bucal - lesão óssea/dentária
 Biópsia cavidade bucal - superfície mucosa
 Cirurgia de cisto de desenvolvimento
 Cirurgia de hipertrofia do lábio
 Cirurgia de osteoma e odontoma
 Torus mandibular bilateral
 Torus palatino
 Excisão de mucocelo
 Excisão de rinula
 Excisão de cunha de lábio e sutura
 Exodontia de dente decíduo
 Exodontia de dente permanente
 Exodontia de dente incluído e/ou impactado
 Enucleação de cisto
 Drenagem de abscesso intra ou extra-oral
 Vestibuloplastia

28.2. O CONTRATANTE, quando do preenchimento do TERMO DE ADESÃO, indicará o plano de sua escolha, de
 28.3. O CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a solicitar aos seus credenciados, bem como aquelas entidades
 e/ou profissionais que não o forem dela credenciadas, cópia dos prontuários, relatórios, necessários, apontamentos,
 orgânicos e demais registros que se referirem aos atendimentos cuja cobertura esteja, de alguma forma, obrigada, isto
 a fim de possibilitar a análise das informações contidas nesses registros por seus auditores odontológicos.

28.4. Partes-les deste contrato, os planos do CONTRATADO são:

I – O plano DENTSIM, que prevê a cobertura integral dos custos para os procedimentos descritos na Cláusula
 28.7, menos I e VII;

Condições: O CONTRATANTE quitará as despesas decorrentes dos procedimentos descritos no inciso VII da cláusula
 28.7, pagamento esse que observará os valores informados na Tabela de Honorários ajustada entre o CONTRATADO
 e seus credenciados. Tabela essa cujos valores contém uma redução no montante equivalente a 50% (cinquenta por
 cento) das praticados pelo mercado, podendo sua apresentação ser exigida pelo CONTRATANTE ao credenciado.

II – O plano DENTSIM com Franquia, que prevê a cobertura parcial dos custos para os procedimentos descritos
 na Cláusula 28.7, INCISOS I e VII;

Parágrafo Único. Os valores relativos à franquia, previstos na Cláusula 28.7, serão pagos pelo BENEFICIÁRIO
 diretamente ao profissional credenciado, observando o que constar na Tabela de Honorários ajustada entre o CON-
 TRATADO e o credenciado e a quantidade de Unidades de Franquia (UF) pertinentes.

26.5. DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Para os fins deste contrato, considera-se como sendo sua abrangência geográfica o grupo de municípios do Rio de
 Janeiro caracterizados de acordo com o credenciamento odontológico relacionado no MANUAL DO USUÁRIO do
 plano escolhido pelo CONTRATANTE, isto face o previsto na Lei 9.636/98 e no Anexo III, da Resolução RDC no. 4 de
 16/02/00 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (nnq. 4).

Parágrafo Primeiro. A Rede Credenciada a que se refere este contrato é a que consta do MANUAL DO USUÁRIO do
 CONTRATADO e será composta pelos dentistas e clínicos odontológicos ali indicados.

Parágrafo Segundo. O(s) BENEFICIÁRIO(S) que necessitar(em) realizar procedimento(s) cujo(s) respectivo(s)
 prazo(s), duração (a) não tenha(m) sido ultrapassado (m), poderá(ão) recorrer, dentre os constantes no Manual do
 Usuário do CONTRATADO, ao credenciado que lhe indicar, cabendo ao(s) referido(s) BENEFICIÁRIO(S) pagar
 pelo(s) atendimento(s) que receber(em), observando neste pagamento os valores informados na Tabela de Honorários
 ajustada entre o CONTRATADO e o referido credenciado.

26.6. DO CONCEITO

Para fins deste Contrato, considera-se:

I – CONSULTA DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA, aquela realizada em condições clínicas que exijam atendimento
 imediato visando as situações que necessitam de procedimentos clínicos para supressão de dor, tais como: hemorra-
 gias, abscessos (boca de dentes), pulpoectomia, extração do nervo dentário, extrações simples, tratamento de
 parodontite, periodontite, alveolite e drenagem de abscesso e fixação provisória de blocos (orientações provisó-
 rias de trabalhos protéticos);

II – PROCEDIMENTO DE RADIOLOGIA, aquele destinado à realização de exames de RX e para elaboração de
 plano de tratamento, realizado EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIOS, constantes no MANUAL DE
 CREDENCIADOS;

III – PRAZO DE REPETIÇÃO, é o tempo mínimo aceitável para que um mesmo procedimento seja repetido, sendo
 em vista as normas técnicas e os padrões odontológicos aceitos.

26.7. DA COBERTURA

O CONTRATADO obriga-se a cobertura das despesas dos procedimentos odontológicos elencados, descritos e
 informados no Rol de Procedimentos aprovado pela RHT, desde que realizados exclusivamente na rede credenciada
 constante de seu MANUAL DO USUÁRIO, destacando-se entre aqueles as seguintes COBERTURAS:

sistêmico e/ou; arritmias cardíacas agudas; choque circulatório de qualquer natureza (séptico, neurogênico, hipovolêmico).

III - Gastroenterologia: hemorragias digestivas (alta e baixa); quadros abdominais agudos; inflamatórios; hemorrágicos, perfurativos, vasculares e obstrutivos.

IV - Neurologia: acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico (fase aguda); traumatismo crânio-encefálico (fase aguda); traumatismo raqui-medular (fase aguda); aneurisma intracraniano rotos; crises convulsivas de qualquer etiologia; hipertensão intracraniana.

V - Pneumologia: pneumotorax espontâneos; derrames pleurais com comprometimento ventilatório; estado de mal asmático.

VI - Nefrologia: insuficiência renal aguda em local sem serviços credenciados para a realização de diálise.

VII - Ginecologia e Obstetrícia: gravidez tubária rota; grandes hemorragias puerperais.

VIII - Traumatologia: politraumatizado; traumas de face com distúrbio de ventilação; traumas de face com lesão do globo ocular; traumatismos torácicos contusos e ou penetrantes; trauma de grandes vasos sanguíneos com necessidade de reparo cirúrgico imediato; trauma abdominal contuso e ou penetrante; trauma estivo de partes moles; amputações traumáticas (após avaliação da vitalidade); queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%; queimaduras de vias aéreas; acometimento sistêmico por corrente elétrica, afogamento; intoxicações exógenas involuntárias com alteração de sensorial da ventilação ou hemodinâmica; picadas de animais peçonhentos com risco de vida.

27.4 DAS EXCLUSÕES

Ficam excluídas desta cobertura os atendimentos relativos a:

- I - Doenças, lesões e quaisquer efeitos morbidos decorrentes de atos ilícitos, cirurgias não éticas e ou suas consequências (tais como abortamento provocado, esterilização, mudança de sexo, etc.); tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos não reconhecidos por órgão governamental competente;
- II - Atendimento em caso de conflitos, calamidade pública, rebeliões internas, guerras, rebeliões, epidemias, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive decorrentes de radiação e ou emissões nucleares ou ionizantes;
- III - Pacientes portadores de doenças crônicas em tratamento ambulatorial, tais como fisioterapia, fisioterapia, exames subsidiários, consultas, etc., excetuando-se as doenças crônicas agudizadas;
- IV - Atendimento para investigação de sintomas gerais;
- V - Atendimento para consulta ambulatorial e controle de tratamento ambulatorial;
- VI - Casos psiquiátricos e distúrbios neuro-vegetativos;
- VII - Pacientes crônicos para realização de hemodíalise, fisioterapia e outros procedimentos de uso cotidiano (pacientes não internados);
- VIII - Trabalho de parto e estudos fetais.

27.4.1 - Nas hipóteses em que, pelas características do caso de urgência, ou pela dificuldade de se chegar ao local, por razões como trânsito intenso, inundações, calamidades, manifestações populares, locais de difícil acesso ou que ofereçam risco aos profissionais da CONTRATADA, entre outras, for manifesta a impossibilidade de atendimento do paciente em prazo adequado, deverá o médico, quando acionada a CONTRATADA, orientar o paciente cadastrado, familiares e acompanhantes a procurarem o local mais próximo de pronto atendimento médico, até que os profissionais da CONTRATADA tenham tempo de se dirigir ao local para onde foi encaminhado o paciente.

28. CLAUSULA VIGÉSIMA OITAVA: DA COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS - DENTISTIM

28.1 - O CONTRATADO assegura ao CONTRATANTE a cobertura das despesas decorrentes dos procedimentos odontológicos requeridos pelo(s) beneficiário(s). Procedimentos esses que deverão resultar de atendimentos prestados por credenciado elencado e identificado no MANUAL DO USUÁRIO de Plano Odontológico do CONTRATADO.

- IV - Praticar qualquer omissão, falsidade, inexistência ou erro que influia na aceitação deste contrato;
V - Vier a falecer.

25. CLAUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DA DOCUMENTAÇÃO CONTRATUAL

São considerados como documentos do plano contratado os seguintes documentos: CONDIÇÕES GERAIS, TERMO DE ADESAO e DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE, carteira de identificação de BENEFICIÁRIO e MANUAL DO USUÁRIO.

25.1. O(s) BENEFICIÁRIO(S) obrigam-se a fornecer à CONTRATADA todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos.

25.2. Em razão do disposto na Lei de Introdução ao Código Civil — LICC, não se admite a presunção de que as partes CONTRATANTES possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente na legislação vigente, no contrato, no Termo de Adesão ou em quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante complementar.

26. CLAUSULA VIGESIMA SEXTA: DAS COBERTURAS ADICIONAIS

As partes aqui antes ajustam e estabelecem que as coberturas a seguir estipuladas nas cláusulas 27 e 28, doravante denominadas COBERTURAS ADICIONAIS, são facultativas ao CONTRATANTE, sendo certo que a opção pelas mesmas terá que ser expressamente exercida através da manifestação própria e expressa no TERMO DE ADESAO.

26.1. Os benefícios adicionais relativos ao atendimento médico domiciliar de urgência e de remoção, previstos na cláusula 27, serão gratuitos pelo período de 12 (doze) meses. Encerrado esse prazo de 12 (doze) meses a CONTRATADA passará a cobrar o valor correspondente aos referidos benefícios, hoje codados em R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos), os quais serão atualizados pela variação registrada nesse período pelo Índice Geral de Preços de Mercado — IGP-M, publicado pela Fundação Getúlio Vargas — FGV.

26.2. O benefício de desconto na aquisição de medicamentos, obtido hoje gratuitamente, poderá ser cobrado, no futuro, desde que haja comunicação prévia pelo CONTRATADO com 90 (noventa) dias de antecedência, sendo facultado ao CONTRATANTE, optar por recusar dito benefício.

27. CLAUSULA VIGESIMA SETIMA: DA COBERTURA PARA REMOÇÃO SEMESTRAL

27.1 DO OBJETO

Atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar nos casos de emergência por transporte terrestre, 24 horas por dia, aos beneficiários cadastrados de acordo com o Plano Contratado, atendimento esse que somente será prestado após o cadastramento do TERMO DE ADESAO, o que ocorrerá até o 20º (vigésimo) dia seguinte à contratação, consistindo essa cobertura em:

- I - Atendimento Pré-hospitalar (domiciliar de urgência e emergência), respeitando a área de abrangência geográfica;
- II - Orientação e aconselhamento telefônico, 24 horas por dia;
- III - Atendimento Inter-hospitalar terrestre (transferência entre hospitais).

27.2 DA ABRANGENCIA GEOGRÁFICA

Para fins de cobertura deste Aditivo, considera-se definido como sendo sua abrangência geográfica os municípios do Rio de Janeiro, Grande Rio, Itaboraí e Maricá.

27.3 DA COBERTURA

A cobertura ao(s) BENEFICIÁRIO(S) será sempre em conformidade com os limites, condições e condições estabelecidas no contrato de plano de saúde e neste anexo, observando-se as patologias abaixo relacionadas:

- I - Alergologia: reações alérgicas agudas com manifestações respiratórias; choque anafilático e síndromes similares;
- II - Cardiologia: infarto agudo do miocárdio e outras síndromes cardíacas isquêmicas; aneurisma dissecante da aorta; obstruções das artérias com risco de complicações; crise hipertensiva arterial com comprometimento;

- IV - Doenças relacionadas ao HIV e suas complicações;
- V - Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química;
- VI - Cirurgias cardíacas.

22. CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

O CONTRATADO fornecerá aos BENEFICIÁRIO(S), antes de sua admissão no hospital, autorização na forma prevista nesta cláusula, reservando-se os casos de urgência/emergência. Esta autorização será concedida somente para estabelecimentos credenciados (hospitais ou clínicas) pelo CONTRATADO, exceto as hipóteses de urgências ou emergências.

22.1 - Nos casos de Co-participação em Psiquiatria, o pagamento devido pelo BENEFICIÁRIO dar-se-á no ato do pedido de autorização.

22.2 - No fornecimento da autorização, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar declaração assinada pelo médico assistente, justificando as razões da internação, incluindo o diagnóstico e o tratamento proposto com seu respectivo código na tabela da AMB/R0 e CID-10, a época do início da enfermidade, bem como o tempo médio provável da internação.

22.3 - A guia de internação será fornecida por um período equivalente a média de dias necessários para os casos idênticos. A prorrogação da internação será concedida a critério do CONTRATADO, mediante solicitação do médico assistente, justificando as razões técnicas do pedido.

22.4 - Ao se internar, os BENEFICIÁRIO(S) deverão apresentar a admissão no hospital em Guia(s) de Internação assinada(s) pelo CONTRATADO, bem como as respectivas carteira(s)

(de identificação do(s) plano(s) e o(s) documento(s) de identificação do(s) pessoal(is)).

22.5 - Os BENEFICIÁRIO(S) internado(s) em caráter de emergência deverão comunicar a CONTRATADA, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas ou no primeiro dia útil imediatamente subsequente, as razões de sua internação, juntamente com uma declaração do médico credenciado assistente justificando-a nos termos previstos na Cláusula 23^a.

23. CLAUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA: DAS PRIORIDADES NO ATENDIMENTO

As pessoas com mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, as gestantes, as lactantes, as lactentes e as crianças com até 5 (cinco) anos de idade serão privilegiadas com relação à marcação de consultas, exames e de quaisquer outros procedimentos, priorizando-se os casos de urgência/emergência.

24. CLAUSULA VIGÉSIMA QUARTA: DA RESCISÃO, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DE COBERTURA

O(s) plano(s) contratado(s) terá(ão) a vigência máxima de 01 (um) ano, sendo vedadas:

- I - A rescisão de carências;
- II - A suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude, dolo ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, sejam estes cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato independentemente, de notificação prévia e a partir de 50 dias;
- III - A suspensão e a denúncia unilateral, em qualquer hipótese, durante a ocorrência da(s) internação(ões) do(s) BENEFICIÁRIO(S).

24.1 - O presente contrato poderá ser rescindido, de pleno direito, se o BENEFICIÁRIO:

- I - Deixar de efetuar o pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias da data do vencimento, sejam eles cumulativos, consecutivos ou não durante a vigência do presente contrato;
- II - Impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência necessária para a ressalva dos direitos do CONTRATADO;
- III - Conter de má fé informações ou tentar por qualquer meio doloso ou fraudulento, obter vantagens ilícitas deste contrato.

18.7) O(s) BENEFICIÁRIO(S) fica(m) ciente(s) que o CONTRATADO não possui cobradores domiciliares. Todos os pagamentos, à exceção do primeiro, serão sempre efetuados na rede bancária ou no endereço CONTRATADO, à Rua da Lapa 40, 3º andar, Centro, bem assim que seus corretores ou vendedores não estão ou estarão autorizados a ajustar com o(s) BENEFICIÁRIO(S) qualquer modificação nas condições deste contrato e/ou receber valores que não sejam os relativos ao 1º pagamento, como previsto no item 11 da cláusula 18, devendo o(s) BENEFICIÁRIO(S), em caso de dúvida, contatar imediatamente ao setor de atendimento pelo telefone 2505.9797.

18.8) Fica desde logo quitado que pagamentos efetuados, não quitam débitos relativos às mensalidades que lhes foram anteriores, se assim não tiver sido declarado expressamente pelo CONTRATADO.

19. CLÁUSULA DECIMA NONA: DOS REEMBOLSOS DOS PLANOS E DOS PRAZOS

O Plano Contratado somente terá cobertura para Reembolso.

Nos casos de urgência e/ou de emergência em que o atendimento tiver ocorrido em cidade não credenciada localizada em Município que não houver prestador de serviço credenciado do CONTRATADO ou para anestesista, devendo o(s) BENEFICIÁRIO(S) apresentar os seguintes documentos:

- I - Relatório do médico assistente declarando diagnóstico, tratamento efetuado e data de atendimento;
- II - Nota fiscal da conta hospitalar discriminada, inclusive em relação ao material e medicamentos consumidos;
- III - Recibo e lista de honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções e o evento a que se refere.

19.1. O BENEFICIÁRIO poderá realizar o atendimento de urgência e emergência através do Sistema Nacional de Atendimento ABRAMGE, o qual poderá ser acessado conforme informado no MANUAL DO USUÁRIO.

19.2. Para apuração do reembolso previsto na Cláusula 18, serão sempre considerados os valores que constarem da Tabela do CONTRATADO em vigor na data do atendimento ao BENEFICIÁRIO, a qual terá como referência os valores constantes da Tabela AMB-90 (Associação Médica Brasileira) e da AMCHJ (Associação dos Hospitais da Cidade do Rio de Janeiro).

19.3. O reembolso de que trata esta Cláusula será efetuado em até 30 (trinta) dias após a data da entrega da documentação completa, nas agências de atendimento do CONTRATADO, ou então através de cheque emitido pela Contratada e recebido em sua sede - o que poderá ocorrer através de crédito em conta corrente, bastando a indicação do banco e do número da conta corrente ou conta poupança do beneficiário, que deverá sempre ser a de um dos beneficiários inscritos no plano contratado pelo contrato.

20. CLÁUSULA VIGESIMA: DAS DIVERGENCIAS DE NATUREZA MÉDICA

Em havendo discordância de natureza médica ou odontológica quanto às coberturas previstas nas Cláusulas 8ª, 9ª, 10ª e 11ª será constituída uma junta médica ou odontológica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo CONTRATADO, outro pelo BENEFICIÁRIO e um terceiro, desempartado, escolhido de comum acordo pelas partes, cujo ônus caberá à CONTRATADA.

20.1. Caso não haja acordo quanto ao médico ou dentista desempartado, este será designado pela associação específica de médicos ou odontólogos, respectivamente.

21. CLÁUSULA VIGESIMA PRIMEIRA: DOS SERVIÇOS MÉDICOS CREDENCIADOS

As doenças e os tratamentos a seguir relacionados serão realizados exclusivamente por credenciados selecionados especificamente para tal e participantes dos Programas Especiais de Direcionamento Exclusivo estando todos relacionados no orientador Médico do Plano escolhido:

- I - Transplantes de órgãos sólidos - rim e córneas;
- II - Tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- III - Tratamento fisioterápico para reabilitação.

17. CLAUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DAS FAIXAS ETÁRIAS

Além dos casos previstos na Clausula anterior, as mensalidades serão reajustadas quando houver mudança de faixa etária do BENEFICIÁRIO TITULAR ou o (s) SEUS (S) DEPENDENTE(S).

17.1. Sempre que ocorrer na idade do BENEFICIÁRIO TITULAR ou na de qualquer um de seus dependentes alteração que signifique deslocamento para outra faixa etária, um novo valor será adotado, a partir do mês subsequente ao da ocorrência da alteração, de acordo com os percentuais e respectivas faixas a seguir:

DA FAIXA ETÁRIA	PARA A FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAL DE REAJUSTE (%)
da faixa de 11 a 18 anos	para a faixa de 19 a 23 anos	10,7 %
da faixa de 19 a 23 anos	para a faixa de 24 a 28 anos	24,8 %
da faixa de 24 a 28 anos	para a faixa de 29 a 33 anos	21,2 %
da faixa de 29 a 33 anos	para a faixa de 34 a 38 anos	20,5 %
da faixa de 34 a 38 anos	para a faixa de 39 a 43 anos	16,3 %
da faixa de 39 a 43 anos	para a faixa de 44 a 48 anos	16,9 %
da faixa de 44 a 48 anos	para a faixa de 49 a 53 anos	32,5 %
da faixa de 49 a 53 anos	para a faixa de 54 a 58 anos	26,0 %
da faixa de 54 a 58 anos	para a faixa com 59 ou mais anos	28,6 %
da faixa de 59 anos		

17.2. A atribuição de idades na mensalidade não poderá atingir os BENEFICIÁRIO(S) com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade, que participam do plano na mesa de 10 (dez) anos consecutivos, exceto o previsto nas cláusulas 7.6 e 18, inciso III.

18. CLAUSULA DÉCIMA OITAVA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E FORMA DE PAGAMENTO

O BENEFICIÁRIO obriga-se a pagar ao CONTRATADO nos prazos convencionados a seguir:

- I - Primeira mensalidade a taxa de cadastro, na assinatura do TERMO DE ADESÃO;
- II - Demais mensalidades de acordo com a faixa etária do(s) beneficiário(s), na data de seus vencimentos e;
- III - Reajuste das mensalidades estabelecido na data de aniversário do presente contrato.

18.1. O atraso ou não recebimento da cobrança mensal não desobriga o CONTRATANTE de quitar sua mensalidade na data do vencimento, para poder contar com as coberturas contratuais. Para isso, e enquanto o contrato não tiver sido cancelado, o CONTRATADO fica desde logo obrigado a fornecer, sempre que solicitado, recibo avulso para a quitação do débito.

18.2. Quando a data limite cair no dia em que não haja expediente bancário, o pagamento da contraprestação (mensalidade) poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

18.3. O atraso no pagamento das mensalidades por período cumulativo acima de 60 (sessenta) dias a cada 12 (doze) meses a partir da vigência do contrato implicará na automática extinção e cancelamento do contrato, desde que essa extinção e consequente cancelamento sejam comunicados ao (s) BENEFICIÁRIO(S) até o 5º dia consecutivo ou não de inadimplência, sem que haja restituição da parcela das mensalidades já pagas.

18.4. Ocorrendo atraso nas mensalidades, a partir da data de vencimento, a mensalidade será acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1 % (um por cento) contados pro rata die.

18.5. Os reajustes das coberturas adicionais serão realizados na mesma data do reajuste do contrato principal.

18.6. As mensalidades deste contrato poderão ser pagas por sistema de débito em conta corrente ou na rede bancária. Sabendo, nestes casos, o BENEFICIÁRIO TITULAR ou o responsável pelo contrato arcar com os custos decorrentes da tarifa pertinente ao serviço bancário que lhe for prestado, sendo certo, entretanto, que tal quitação poderá ocorrer sem a cobrança da cada tarifa, desde que o pagamento da mensalidade ocorra na sede da empresa, à Rua da Lapa, nº 40, Camo, Rio de Janeiro - RJ.

14. CLAUSULA DECIMA QUARTA: DA CO-PARTICIPAÇÃO

A utilização de procedimentos cobertos pelo Contrato do PLANO EXPRESS e MIX, implicará na obrigação para o BENEFICIÁRIO da realização do(s) pagamento(s) decorrentes do regime da Co-participação, estes, observando os valores fixados na tabela de vendas ASSIM, além da opção assinalada pelo CONTRATANTE no TERMO DE ADESAO (4.1). Os valores referentes a Co-participação são os estipulados conforme a tabela abaixo:

TABELA DE CO-PARTICIPAÇÃO

ITENS	PROCEDIMENTOS	UC
1	CONSULTAS	5
2	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (EM PRONTO SOCORRO)	10
3	TERAPIA AMBULATORIAL E EXAMES SIMPLES (NAO SENHADOS)	1
4	TERAPIA AMBULATORIAL E EXAMES ESPECIAIS (SENHADOS)	10

14.2. Unidade de Co-participação (UC) é a unidade expressa em moeda corrente do país, estipulada na Tabela de Vendas do CONTRATANTE, equivalente nesta data a R\$ 1,00 para os benefícios acima, resultará no valor a ser pago pelo CONTRATANTE ao CONTRATADO.

14.3. O valor da UC (Unidade de Co-participação) será corrigido monetariamente na periodicidade autorizada pela legislação e pela variação do IGP (Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas) ou na sua ausência, por índice que o substitua ou que retrate a variação inflacionária e que seja instituído pelo Governo e sempre que ocorrer aumento de custos por determinação governamental ou de órgão de classe ou ocorrerem fatores imprevisíveis que afetem os custos médico-hospitalares.

14.4. Os valores referentes a utilização da Co-participação pelos beneficiários serão pagos diretamente a CONTRATADA em campo adicional a ser incluído juntamente na folha de pagamento. O CONTRATADO emitirá, ainda para cada pagamento efetuado referente a Co-participação, o extrato da devida utilização.

15. CLAUSULA DECIMA QUINTA: DA CO-PARTICIPAÇÃO EM PSIQUIATRIA

Haverá a Co-participação do BENEFICIÁRIO em 50% (cinquenta por cento) das despesas médicas e hospitalares ocorridas a partir do primeiro dia que ultrapassar os prazos definidos nos incisos VII, VIII, IX, XX, XXQ e XXII, cláusula 8.1, dentro de um mesmo período anual de vigência do contrato.

16. CLAUSULA DECIMA SEXTA: DOS CRITERIOS DE ATUALIZAÇÃO, REVISÃO E ALTERAÇÕES DE VALORES

O reajuste financeiro resultará da aplicação do índice que anualmente for estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS para tal fim.

Parágrafo Único. Adicionalmente, o cálculo atuarial poderá ser revisado sempre que houver utilização com frequência acima da média normal, surgimento de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento dos custos dos serviços contratados que venham a afetar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

18.1. REAJUSTE TÉCNICO

A reavaliação atuarial do plano deverá ser realizada, anualmente, na data de aniversário do contrato. O CONTRATADO poderá proceder a recálculos atuariais nas mensalidades do plano sempre que ocorrerem distorções cumulativas ou isoladas, detectadas na reavaliação atuarial e/ou em conformidade com autorização prévia da ANS — Agência Nacional de Saúde.

XXVI - Sessões, entrevistas, consultas e/ou tratamento em Psicologia, testes psicológicos de qualquer natureza, exceto para todos os transtornos psiquiátricos.

XXVII - Consultas domiciliares, atendimento pré-hospitalar (domiciliar de urgência e emergência), orientação e aconselhamento telefônico: 24 horas por dia, semana ou trimestre.

XXVIII - Atendimento nos casos de Acidente de Trabalho.

XXIX - Pagamento ou ressarcimento de vacinas para tratamento ambulatorial e domiciliar.

XXX - Pagamento ou ressarcimento, total ou parcial, de doenças realizadas em áreas cobertas pela Rede Credenciada, com atendimentos prestados por profissionais estranhos à Rede Credenciada da CONTRATADO, salvo os casos de urgência e emergência ou decorrentes de necessidade do CONTRATADO.

XXXI - Cuidado de repouso em casos de geriatria.

XXXII - Despesa com material de higiene pessoal como: fraldas descartáveis, absorventes íntimos, xampus, etc.

XXXIII - Despesa com tratamento de Fonoaudiologia, inclusive fonoaudiologia.

(7.1) O BENEFICIÁRIO deste plano, candidato a transplantes de córnea ou de rim, deverá estar obrigatoriamente inscrito em uma lista (CNCDOs (Centro Nacional de Doadores de Órgãos) e sujeitar-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgão (A) das mesmas.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DAS CARÊNCIAS

CARÊNCIA é o período de tempo contínuo e ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência das coberturas contratadas, durante o qual o BENEFICIÁRIO não goza do direito a cobertura de padrão do plano contratado. As coberturas garantidas por este contrato somente terão efeito depois de decorridos os seguintes períodos de carência, contados a partir do início de vigência do Contrato:

PRAZOS PARA CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS

ITEM/PRazos/PROCEDIMENTOS

1. **24 (vinte e quatro) horas:** Para os procedimentos referentes aos casos de urgência/emergência observado o disposto nas cláusulas 10 e 11, n.ºs.
2. **30 (trinta) dias:** Para consultas médicas, exames complementares e serviços auxiliares.
3. **90 (noventa) dias:** Para os seguintes procedimentos: Ultra-sonografia exceto obstétrica; mamografia; exames endoscópicos; exames radiológicos contrastados; exames de anatomia patológica e citopatologia; fisioterapia; ecocardiograma 2D e 3D; eletrocardiografia; fonocardiograma; prova ergométrica; exame de medicina nuclear; laparoscopia; provas de função respiratória.
4. **180 (cento e oitenta) dias:** Para internações clínicas ou cirúrgicas de caráter eletivo ou programado de qualquer especialidade; sessões de hemodiálise; diálise peritoneal (CAPD); quimioterapia; radioterapia; procedimentos terapêuticos em hemodinâmica; nutrição parenteral ou enteral; transplante de rim e córnea; consultas médicas psiquiátricas e psicoterapia breve de crise; nefrolitotripsia extra corpórea; internação hospitalar psiquiátrica, seja esta em unidade clínica ou não; atendimentos de emergências psiquiátricas provocadas pelo alcoolismo ou outras formas de dependência química; e demais exames complementares de diagnósticos, tais como: ultra-sonografia obstétrica; tomografia computadorizada; ressonância magnética nuclear; litotripsia ultrassônica; densitometria óssea.
5. **300 (trezentos) dias:** Para atendimentos em obstetrícia e neonatologia.
6. **720 (setecentos e vinte) dias:** Para as patologias preexistentes caracterizadas como cobertura parcial temporária.

Angiografias (Cirurgia Vascular); 21. Angiografia Intervencionista; 22. Hemodinâmica (Diagnóstica); 23. Ginecologia e Obstetrícia; 24. Otorrinolaringologia; 25. Urologia.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DAS EXCLUSÕES DO CONTRATO

Estão excluídas deste contrato as seguintes coberturas :

- I - Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências do contrato;
- II - Internações hospitalares para fins de repouso ou de reabilitação quando necessário tratamento emagrecedor, rejuvenescedor ou embelezador (exceto para tratamentos de obesidade mórbida);
- III - Quaisquer procedimentos referentes a tratamento rejuvenescedor, embelezador ou tratamentos de obesidade mórbida);
- IV - Abortamentos, exceto os espontâneos ou nas hipóteses previstas no art. 123 da Constituição, quando justificados pelo médico assistente;
- V - Despesas de curetagem e laqueadura de trompas, exceto quando caracterizadas como de natureza justificativa do médico assistente;
- VI - Internações, intervenções, tratamentos e demais procedimentos médicos de esterilização do homem e/ou da mulher;
- VII - Tratamentos, exames em geral e intervenções cirúrgicas que decorram de guerras, casos de cataclismos, comoções internas ou caos sociais, quando declarados como de guerra;
- VIII - Confecções, compras, consertos, ajustes, aluguel de aparelhos ortopédicos, próteses, rodinhas, óculos, lentes oculares, aparelhos para surdez;
- IX - Enfermagem em caráter particular, seja em domicílio ou em hospital;
- X - Quaisquer procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica;
- XI - Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados ou para tratamentos de caráter experimental;
- XII - Expedição de laudos, pareceres, atestados e certidões, para fins privativos ou de natureza particular;
- XIII - Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, SPA, clínicas de idosos ou clínicas de reabilitação;

- I - Cobertura de consultas médicas obstétricas de pré-prescrição do médico assistente;
- II - Cobertura de parto normal ou cesariana para a BENEFICIÁRIA;
- III - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotado, até 30 (trinta) dias após o parto e;
- IV - Cobertura para Neo Natologia;
- V - Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho do (s) titular, em caso de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias após o parto.

10. CLÁUSULA DÉCIMA: DAS COBERTURAS NA ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Estarão cobertos os atendimentos de urgências e emergências, conforme definido no Regulamento do Plano Nacional de Saúde Suplementar — CONSU.

Parágrafo Único: fica desde logo entendido que emergências e urgências são aquelas previstas nos incisos I e II do art. 35-C da Lei 9.656/98 e des-

10.1: Ainda segundo a Resolução 13 do Conselho de Saúde Suplementar, a cobertura de emergência será a mesma cobertura fixada para o plano do segmento ambulatorial.

10.2: A cobertura para urgência e emergência ficará limitada aos seguintes casos:

- I - Emergências ocorridas durante o período de carência;
- II - Urgências quando se referirem ao processo gestacional;
- III - Urgências e emergências para doença ou lesão com risco de vida.

10.3: Fica assegurada a remoção do paciente em ambulância por via terrestre para unidade hospitalar pública mais próxima, quando solicitada e justificada pelo médico assistente e em caso de urgência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de atendimento adequado no local.

contrato;

- IX - Hospitalizações em Psiquiatria;
- X - Hospitalizações em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho de Medicina;
- XI - Cobertura de despesas referentes a Honorários Médicos, serviços gerais de enfermagem e fisioterapia;
- XII - Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva (CTI), e em Centro de Cirurgias;
- XIII - Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle e evolução da doença, fornecimento de anestésicos, gases medicinais, transfusões realizados ou ministrados no ambiente hospitalar, cobertura da taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como a comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da área de atuação;
- XIV - Os BENEFICIÁRIOS cadastrados terão cobertura de despesas de acompanhar o tratamento hospitalar para os pacientes menores de 18 (dezoito) anos.
- XV - Procedimentos considerados especiais tais como: hemodiálise e diálise peritoneal; quimioterapia, radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia; hemotransfusão ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- XVI - Procedimentos fisioterápicos;
- XVII - Atendimentos à cirurgias buco-maxilo-facial realizadas em ambiente hospitalar;
- XVIII - Procedimentos relativos ao pré-natal, cobertura de parto e em Neonatologia (até 300 dias em obstetrícia) cobertura de urgência obstétrica;
- XIX - Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a cirurgia de córnea, exceto medicação de manutenção;
- XX - Internação hospitalar em unidade psiquiátrica limitada a 30 (trinta) dias por período anual de contrato;
- XXI - Internação hospitalar de casos psiquiátricos de dependência química em unidade especializada, limitada a 30 (trinta) dias por período anual de contrato;
- XXII - Atendimentos com internação clínica ou cirúrgica decorrentes de transtornos mentais, incluindo procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto-infligidas.
- XXIII - Transplantes de córnea ou rim, observada a regra contida na cláusula 21ª adiante;
- XXIV - Cobertura das despesas com aquisição de próteses, órteses e seus acessórios, incluindo os materiais e os respectivos procedimentos cirúrgicos.

nascidos, ainda que o evento que resultou no seu nascimento tenha ocorrido desde que essa inclusão ocorra nos 30 (trinta) dias seguintes ao parto obstétrico e a mãe ultrapassado o prazo de carência para obstétrico.

7.6: Independentemente da opção pela cobertura obstétrica prevista no contrato, ainda que seu parto não tenha sido coberto pelo CONTRATADO do evento nos casos de imperiosa necessidade de preservação da vida, deverá ser comprovado por relatório ou declaração médica, emitido nos 30 dias seguintes ao nascimento, sendo certo, ainda, que essa inclusão terá tido sido cumpridas pela mãe do nascituro.

7.7: Na hipótese prevista nas cláusulas 7.5 e 7.6, a inclusão do nascituro nos 30 (trinta) dias seguintes ao seu nascimento importará no cumprimento das carências estabelecidas na cláusula 13.

7.8: É assegurada a inscrição de filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, desde que as carências já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante, sendo que a inclusão terá sido cumprida nos 30 dias seguintes ao dessa mencionada adoção, sob pena de o CONTRATADO não ser considerado em razão das carências previstas na cláusula 13.

8. CLÁUSULA OITAVA: DA COBERTURA DA ASSEGURADORA E DOS SERVIÇOS DE CONSULTA MÉDICA, DENTÁRIA E DOS SERVIÇOS AUXILIARES

O CONTRATADO assegura ao CONTRATANTE a cobertura de saúde por ele e pelos dependentes identificados no TERMO DE ADESÃO, bem como pelos demais serviços credenciados para atendimento aos dependentes.

8.1: As despesas que o CONTRATADO se obriga a cobrir são aquelas previstas, descritos e elencados no Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, mesmo quando em razão das patologias identificadas no CID-10. normas es

5.8: Optando pela implantação do AGRADO, sobre a mensalidade a ser paga pelo sobrevalor, importância esta decorrente do incremento do risco que então for apurado conforme o quadro relatado nas DECLARAÇÕES DE SAÚDE deste contrato pelo CONTRATADO, sendo certo que esse acréscimo observará o que à época da opção da Tabela de Valores de Agravado do CONTRATADO, bem como que, ocorrendo a opção do sobrevalor foi devidamente apresentado e explanado ao CONTRATANTE, tudo de modo que em apreço possa ocorrer isento de vício.

5.9: Não sendo do interesse do CONTRATADO a incidência do AGRADO, restar-lhe-á a incidência da Cobertura parcial Temporária — CPT.

6. CLÁUSULA SEXTA: DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O período de vigência deste contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura, renovando-se automaticamente por períodos de 01 (um) ano a partir do vencimento do presente contrato.

Parágrafo Primeiro: no caso de se proceder a entrevista qualificada como estabelecida no presente contrato dar-se-á somente com a conclusão do médico entrevistador e da conclusão do CONTRATADO com a incidência do AGRADO ou da aplicação da Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo Segundo: em não ocorrendo a concordância do CONTRATANTE ou dos CONTRATADOS com qualquer dos fatores moderadores supra, o presente instrumento será cancelado e os valores pagos em decorrência deste contrato devolvidos.

6.1: OS TERMOS DE ADESÃO QUE FOREM OBJETO DE RESOLUÇÃO DE PENDÊNCIA SERÃO CADASTRADOS APÓS O CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS.

PROPOSTA DE ADESÃO

DATA DA ASSINATURA	DATA DA ACEITAÇÃO
DE 01 A 05 DO MÊS	15 DO MÊS
DE 06 A 10 DO MÊS	20 DO MÊS
DE 11 A 15 DO MÊS	25 DO MÊS
DE 16 A 20 DO MÊS	30 DO MÊS

mesmo será inteiramente responsável pelas citadas modificações, inclusive pelos eventuais danos que advierem para o CONTRATADO.

4.1.10: Caso o pagamento dos benefícios acrescidos ocorra através de cheque, a devolução dos valores em cheque implicará no cancelamento desses acréscimos, sendo certo que, nesta hipótese, competirá ao CONTRATADO o pagamento das despesas decorrentes das coberturas que eventualmente lhe tiverem sido concedidas. O valor pago em cheque dado em razão do pagamento estabelecido nas cláusulas anteriores, deverá ser abatido do valor do CONTRATO nos valores dispendidos em função das novas coberturas.

4.2: DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Para fins de cobertura deste contrato considera-se como abrangência geográfica o disposto no Anexo III, da Resolução RDC nº 4 de 18.02.00 da Agência Nacional de Saúde do código 4, os grupos de municípios do Rio de Janeiro que se caracterizam de acordo com o relacionado no MANUAL DO USUÁRIO de cada plano escolhido pelo CONTRATANTE.

5. CLÁUSULA QUINTA: DA ACEITAÇÃO DO TERMO DE ADESÃO

Por ocasião da Contratação, o CONTRATANTE, além de preencher o TERMO DE informações ali requeridas, obriga-se, também, a preencher a DECLARAÇÃO PESSO se é conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão pre

5.1: Havendo BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, o TERMO DE ADESÃO e as respectivas DECLARAÇÕES DE VIDA DEVERÃO ser preenchidos pelo CONTRATANTE consoante o acima prescrito.

5.2: No ato da efetivação deste contrato, contando o BENEFICIÁRIO TITULAR ou DEPENDENTES com menos de 1 (hum) ano de idade ou mais de 59 (cinquenta e nove) anos, deverá ser realizada uma entrevista qualificada com um dos médicos do CONTRATADO, isto de forma a avaliar a necessidade de tratamento e dos demais BENEFICIÁRIOS inscritos.

5.3: No caso do médico entrevistador entender que para o esclarecimento da condição bem como da de qualquer dos demais BENEFICIÁRIOS inscritos neste contrato, exames laboratoriais ou radiológicos e/ou exames clínicos, tanto o CONTRATANTE poderão opor-se ou recusar-se à realização daqueles exames, sendo certo que se tal o

nas CONDIÇÕES GERAIS do seu contrato, desde que observados o disposto nas cláusulas

4. CLÁUSULA QUARTA: DA ACOMODAÇÃO, DA REDE DE ATENDIMENTO E DA COBERTURA GEOGRÁFICA

Quando do preenchimento do TERMO DE ADESÃO, o CONTRATANTE obrigatoriamente indicará as acomodações abaixo:

STANDARD - Tipo de acomodação quarto coletivo com até 03 (três) leitos

ESPECIAL - Tipo de acomodação quarto individual com banheiro privativo.

4.1: REDE DE ATENDIMENTO

Rede REFERENCIADA - Corresponde à rede formada pelos hospitais e casas de saúde que atendem os BENEFICIÁRIOS e constante no Manual do Usuário, cujo acordo contratual com o CONTRATANTE permite qualificá-las como Rede Referenciada.

Rede CREDENCIADA - corresponde à rede para prestação de serviços, colocada à disposição dos BENEFICIÁRIOS constante no MANUAL DO USUÁRIO, da qual consta além da REDE REFERENCIADA, a REDE CREDENCIADA, cujo acordo contratual permite qualificá-las de REDE CREDENCIADA.

4.1.1: É facultado aos BENEFICIÁRIOS dos PLANOS EXPRESS E MIX solicitar a utilização de qualquer estabelecimento do padrão do plano originalmente contratado, de acordo com o previsto na cláusula 4.1.2, bem como o tipo de acomodação hospitalar.

4.1.2: A mudança no nível de plano, de EXPRESS para MIX, bem como no padrão de acomodação para ESPECIAL, importará no acréscimo da mensalidade, importância essa que será cobrada a partir do momento em que for requerida a alteração no padrão ou no nível, sendo certo que a alteração não ocorrerá em qualquer agência/núcleo de atendimento.

4.1.3: O PAGAMENTO ESTABELECIDO NA CLÁUSULA ANTERIOR PODERÁ SER MODIFICADO SEQUENTEMENTE SEGUNDO A(S) MODIFICAÇÃO(ÕES) SUPRA, O QUE OCORRERÁ ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO QUE LHE SERÁ REMETIDA PELO CONTRATADO.

4.1.4: O CONTRATANTE, SE DESEJAR, PODERÁ EFETUAR O PAGAMENTO DIRETAMENTE AO CONTRATADO, SENDO

COBERTURAS	PLANO EXPRESS	PLANO EXPRESS PLUS
ACOMPANHANTE > 18 ANOS	NÃO	NÃO
REDE DE ATENDIMENTO	REFERENCIADA	REFERENCIADA
ACOMODAÇÃO	ESPECIAL E STANDARD	ESPECIAL E STANDARD
REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR TERRESTRE	SIM	SIM
REEMBOLSO	NÃO	NÃO
CO-PARTICIPAÇÃO	SIM	NÃO

3.1.2. GARANTIAS OPCIONAIS - Na assinatura do TERMO DE ADESÃO, o usuário poderá optar por adicionar ao plano de saúde as coberturas que deseja adicionar aos benefícios e a todos os demais dependentes incluídos no TERMO DE ADESÃO.

COBERTURAS	PLANO EXPRESS	PLANO EXPRESS PLUS
PLANO ODONTOLÓGICO	SIM	SIM
COBERTURA OBSTÉTRICA	SIM	SIM

3.2: DOS TIPOS DE PLANOS

1- PLANOS EXPRESS E EXPRESS PLUS

EXPRESS: Assegura a cobertura da Assistência Médico-Hospitalar e a cobertura da Assistência Odontológica. O usuário, ao assinar o TERMO DE ADESÃO à Rede Referenciada e à acomodação, não terá o pagamento de Co-participação nas coberturas realizadas pela Rede Referenciada.

EXPRESS PLUS: Assegura a cobertura da Assistência Médico-Hospitalar e a cobertura da Assistência Odontológica. O usuário, ao assinar o TERMO DE ADESÃO, que observará a abrangência geográfica na Rede de Atendimento definida no MANUAL DO USUÁRIO.

são da cobertura de eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia (CTI, UTI, NEONATAL) e procedimentos de alta complexidade, relacionados a quaisquer doenças preexistentes.

VII - **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**: documento anexo à **PROPOSTA DE ADESÃO**, preenchido, se assim desejar o CONTRATANTE, com orientação médica, no qual informa sobre suas condições de saúde e as de seus dependentes e agregados, especialmente quanto a doenças e/ou lesões preexistentes, cujos sintomas já tenham sido percebidos por eles à data da assinatura do Termo de Adesão.

VIII - **DOENÇA OU LESÃO PRE-EXISTENTE**: doença ou lesão cujos sintomas tenham sido percebidos antes seja de conhecimento do(s) BENEFICIÁRIO(S) ou responsável(ens), na data de inclusão no contrato, seja pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou ainda por exames diagnósticos comprobatórios.

IX - **EMERGÊNCIA**: tudo que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, caracterizado sempre por declaração do médico assistente.

X - **ENTREVISTA QUALIFICADA/EXAME MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO**: é a entrevista e/ou o exame realizado pelo(s) BENEFICIÁRIO(S), titular, dependente ou agregado, quando exigido pela Operadora, para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária, ou para estabelecimento de agravos.

XI - **EVENTO**: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do(s) BENEFICIÁRIO(S) em decorrência de acidente pessoal ou doença. Considera-se ainda EVENTO o conjunto de procedimentos e/ou serviços de assistência odontológica.

XII - **FRANQUIA**: é o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde ou odontológica no qual a Operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

XIII - **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONTRIBUTÁRIO**: o aquele em que o(s) BENEFICIÁRIO(S) custeou(m) as mensalidades, total ou parcialmente.

XIV - **PSICOTERAPIA BREVE DE CHISE**: atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas.

XV - **REAJUSTE TÉCNICO**: reavaliação do valor das mensalidades decorrente de alteração positiva no nível de unicidade dos planos de assistência à saúde.

XVI - **REEMBOLSO**: devolução de despesas realizadas pelo(s) BENEFICIÁRIO(S) fora da rede referenciada ou credenciada com o tratamento médico e/ou hospitalar garantidos no contrato, conforme estabelecido na cláusula 19 deste contrato.

XVII - **RESPONSÁVEL PELO CONTRATO**: é o consumidor maior de idade, que contrata o plano para si ou outros BENEFICIÁRIOS, sendo este o responsável pela quitação das obrigações do Contrato, especialmente pelas mensalidades.

XVIII - **TERMO DE ADESÃO**: documento mediante o qual o CONTRATANTE expressa a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas CONDIÇÕES GERAIS específicas do produto que esteja adquirindo.

XIX - **URGÊNCIA**: situação causada por evento resultante de acidente pessoal ou de processo gestacional relacionado com as seguintes patologias: eclâmpsia, pré-eclâmpsia, morte fetal, prematuridade fetal e deslocamento prematuro de placenta.

3. CLAUSULA TERCEIRA: DAS GARANTIAS E DOS TIPOS DE PLANOS CONTRATADOS

3.1 DAS GARANTIAS

3.1.1 **GARANTIAS CONTRATADAS** - Na assinatura do TERMO DE ADESÃO INDIVIDUAL de cada plano, o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus dependentes terão cobertura das garantias abaixo relacionadas devidamente incluídas em seu contrato:

Contrato de Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar na modalidade PLANO INDIVIDUAL que entre si fazem, de um lado, como CONTRATADO, GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO – também conhecido como ASSIM - Assistência Médica Integrada, com sede à Rua da Lapa, 40 - Centro - Rio de Janeiro - CNPJ 31.925.548/0001-76, Registro de Operadora nº 309222, ambos expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e, do outro lado, o BENEFICIÁRIO TITULAR ou, especialmente, no caso deste ser menor, possuir renda insuficiente para a quitação das contraprestações ou outra limitação e/ou restrição de qualquer espécie, o RESPONSÁVEL pela quitação das obrigações no presente

CONTRATO, ambos doravante denominados simplesmente CONTRATANTES, comprometem-se que rege-se pelas seguintes cláusulas e condições:

CONDIÇÕES GERAIS

1. CLAUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

O presente contrato objetiva garantir a cobertura das despesas com Assistência Médico-Hospitalar do(s) BENEFICIÁRIO(s) desde que motivado exclusivamente através dos profissionais e serviços a tanto credenciados pelo CONTRATADO, nos limites e condições de cobertura estipulados neste contrato de acordo com o tipo de plano escolhido, obedecendo aos parâmetros estabelecidos pela Lei nº 9.636 de 03 de junho de 1998 e respectiva legislação complementar.

Parágrafo Único: As Resoluções que, juntamente com a Lei 9.636/98, regulam esta complementam este contrato, são as expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e pelo Conselho Nacional de Saúde Complementar – CONSUL, podendo todas serem obtidas através da Internet no site <http://www.ans.gov.br> ou na Av. Augusto Severo, nº 84, 7º andar, Glória, nesta cidade, devendo de ser lidas e este contrato por se revestirem da condição de legislação ou norma editada pelo Poder Público, cujo desconhecimento ou ignorância não pode ser usado como desculpa para justificar descumprimentos das cláusulas e condições deste contrato.

2. CLAUSULA SEGUNDA: DAS DEFINIÇÕES

Para fins deste contrato, considera-se:

- I. **ACIDENTE PESSOAL:** É o evento, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torna necessário tratamento médico, do qual data a ocorrência perfeitamente caracterizadas, que tornem necessária a internação hospitalar do BENEFICIÁRIO, ou a necessidade de intervenção cirúrgica ou regeneração articular.
- II. **AGRAVO:** acréscimo aplicado ao valor da contraprestação pecuniária paga pelo BENEFICIÁRIO titular, objetivando conceder-lhes cobertura, nos termos desta **CONDIÇÕES GERAIS**.
- III. **BENEFICIÁRIO TITULAR:** qualquer consumidor que adquira plano de assistência à saúde para si e, opcionalmente, para seus dependentes e, neste caso, será o responsável pelos pagamentos das contraprestações pecuniárias.
- IV. **CARENCIA:** período de tempo, contínuo e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência das coberturas contratadas, durante o qual o(s) BENEFICIÁRIO(S) não goza(m) do direito as coberturas do padrão do Plano contratado.
- V. **CO-PARTICIPAÇÃO:** parte paga pelo BENEFICIÁRIO à Operadora (de plano privado de assistência à saúde e/ou Operadora de plano odontológico, referente a procedimento realizado (consulta, exame, cirurgia, etc.).
- VI. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** é aquela que admite, no prazo determinado de 24 meses, a suspen-

APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Cliente,

Na intenção de tornar a oferta do nosso Contrato de plano de saúde ainda mais transparente, produzimos suas **CONDIÇÕES GERAIS**, bem como seus aditivos, de forma clara e legível. Com isso, você fica, desde já, ciente de todos os direitos e obrigações pertinentes à CONTRATADA e aos CONTRATANTES.

As **CONDIÇÕES GERAIS** dos nossos planos estão em completa sintonia com a **NOVA LEGISLAÇÃO DE PLANOS E SEGUROS-SAÚDE**, garantindo-lhe cobertura ambulatorial, hospitalares, odontológicas e obstétricas (essas 2 últimas, como coberturas opcionais), ainda mais tranquilidade, segurança e proteção, toda vez que você precisar do ASSIM.

É muito importante que a leitura deste documento seja feita no ato da assinatura do **TERMO DE ADESÃO** que deverá sempre obedecer de forma integral e corretamente, com informações verdadeiras e completas, caso contrário, o contrato poderá ser anulado, conforme os termos do artigo n.º 746 e seu parágrafo único do **CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO** ocorrendo a devolução dos valores pagos. "Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio devido".

Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, inclusive (por si próprio), a diferença do prêmio".

A **DECLARAÇÃO DE SAÚDE** deve ser preenchida de próprio punho pelo proponente, em nome próprio e de seus dependentes, ou pelo responsável do proponente, quando este for menor de 18 (dezoito) anos.

Ao preencher a **DECLARAÇÃO DE SAÚDE** e assinar o **TERMO DE ADESÃO** o proponente ou o seu responsável assume a responsabilidade pelas informações registradas, inclusive com relação aos dependentes.

Toda resposta afirmativa deve ser esclarecida, informando a ocorrência (doença ou deficiência, medicamentos utilizados, tratamento ou cirurgia realizados ou a realizar, problema de saúde e sintomas), a data da constatação da doença e a qual o proponente se refere.

Para tanto, o Proponente poderá, se o desejar, receber orientação médica para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

As patologias declaradas e suas consequências poderão gerar **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA** (suspensão da cobertura para eventos e cirurgias, feitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, por período de 24 meses), contada a partir da data de início de vigência do plano.

Este documento ficará em seu poder, assim como uma cópia do **TERMO DE ADESÃO**, para que você possa consultar os seus direitos e obrigações sempre que for necessário.

Qualquer dúvida em relação ao seu plano de saúde, entre em contato com o nosso Teledendimento: 2505-9297.

Atenciosamente,

ASSIM - ASSISTÊNCIA MÉDICA INTEGRADA

ÍNDICE

CLÁUSULAS	PAG
01 DO OBJETO	05
02 DAS DEFINIÇÕES	05
03 DAS GARANTIAS E DOS TIPOS DE PLANOS CONTRATADOS	06
04 DA ACOMODAÇÃO, DA REDE DE ATENDIMENTO E DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	06
05 DA ACEITAÇÃO DO TERMO DE ADESAO	06
06 DA VIGÊNCIA DO CONTRATO	10
07 DA INCLUSÃO, DA EXCLUSÃO E DO CADASTRAMENTO	10
08 DA COBERTURA DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR, DOS SERVIÇOS DE CONSULTA MÉDICA, DOS EXAMES COMPLEMENTARES E DOS SERVIÇOS AUXILIARES	11
09 DA COBERTURA DE OBSTETRICIA E NEONATOLOGIA	12
10 DAS COBERTURAS NAS URGENCIAS E EMERGENCIAS	13
11 DA COBERTURA DURANTE O PERÍODO DE CARÊNCIA OU COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	13
12 DAS EXCLUSÕES DO CONTRATO	14
13 DAS CARÊNCIAS	15
14 DA CO-PARTICIPAÇÃO	16
15 DA CO-PARTICIPAÇÃO EM PSIQUIATRIA	16
16 DOS CRITÉRIOS DE ATUALIZAÇÃO, REVISÃO E ALTERAÇÕES DE VALORES	16
17 DAS FAIXAS ETÁRIAS	17
18 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E FORMA DE PAGAMENTO	17
19 DOS REEMBOLSOS DOS PLANOS E DOS PRAZOS	18
20 DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA	18
21 DOS SERVIÇOS MÉDICOS CREDENCIADOS	18
22 DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES	18
23 DAS PRIORIDADES NO ATENDIMENTO	19
24 DA RESCISÃO, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DE COBERTURA	19
25 DA DOCUMENTAÇÃO CONTRATUAL	20
26 DAS COBERTURAS ADICIONAIS	20
27 DA COBERTURA PARA REMOÇÃO TERRESTRE	20
28 DA COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS - DENTIM	21

UNIDADES MÉDICO HOSPITALARES DA REDE PRÓPRIA

AMBU - ASS. MÉDICA INFANTIL DE URGÊNCIA
Rua Murilo Barrato, 525 - Botafogo
Rio de Janeiro - RJ

AMBU - ASS. MÉDICA INFANTIL
Estrada dos Três Rios, 542 - Jacarepaguá
Rio de Janeiro - RJ

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DO RJ
Rua dos Turcos, 209 - V. da Valquíria
Rio de Janeiro - RJ

CASA DE SAÚDE N. SRA. DO CARMO
Rua Jaguaretu, 105 - Campo Grande
Rio de Janeiro - RJ

CASA DE SAÚDE N. SRA. DO CARMO
Rua Felipe Cardoso, 204 - Sta. Cruz
Rio de Janeiro - RJ

CASA DE SAÚDE STA THEREZINHA
Rua Moura Brasil, 95/105 - Tijuca
Rio de Janeiro - RJ

CENTRO MÉDICO MEMÓRIAL
Av. Dom Hélder Câmara, 5397 - De Casilho
Rio de Janeiro - RJ

CENTRO MÉDICO STA MARIA MADALENA
Estrada dos Denois, 1086 - Ilha do Governador
Rio de Janeiro - RJ

CLIMED - C. DE SAÚDE MATERNIDADE
Rua Carolina Arrada, 280 - Vaz Lobo
Rio de Janeiro - RJ

CLÍNICA ENIO SERRA
Rua Soares Cabral, 36 - Laranjeiras
Rio de Janeiro - RJ

CLÍNICAS REUNIDAS SÃO VÍCTOR
Rua Carvalho Alvim, 261 - Tijuca
Rio de Janeiro - RJ

HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. ALDOAN
Rua Chaves de Farias, 64 - S. Cristóvão
Rio de Janeiro - RJ

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE JACAREPAGUÁ
Rua Bocardi, 499 - Jacarepaguá
Rio de Janeiro - RJ

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO GONÇALO
Rua Dr. Francisco Portela, 2762
Zd. Garoto - São Gonçalo - RJ

HOSPITAL DR. BALBINO
Rua Argelina Mota, 90 - Olaria
Rio de Janeiro - RJ

HOSPITAL MEMÓRIAL FLOR CHIDIO
Rua José dos Reis, 81 - Engenho de Dentro
Rio de Janeiro - RJ

HOSPITAL MEMÓRIAL SANTA CRUZ
Rua Felipe Cardoso, 759 - Santa Cruz
Rio de Janeiro - RJ

HOSPITAL PAN AMERICANO
Rua Moura Brasil, 105 - Tijuca
Rio de Janeiro - RJ

HOSPITAL RIO GUANABARA
Rua Canaflo de Sousa, 776 - Madureira
Rio de Janeiro - RJ

HOSPITAL STA MARIA MADALENA
Rua Mestre Rodrigues, 115 - Ilha do Governador
Rio de Janeiro - RJ

HOSPITAL VITAL
Rua Vitor Santa Cruz, 172 - Engenho Novo
Rio de Janeiro - RJ

MEMÓRIAL BARRA
Av. Getúlio Amado, 328 - Santa Izabel Tijuca
Rio de Janeiro - RJ

PROSAUDE HOSPITAL DE CLÍNICAS
Rua Silva Cardoso, 669 - Bailegô
Rio de Janeiro - RJ

PSL - PRONTO SOCORRO INFANTIL
Rua Jardim Botânico, 448 - Jardim Botânico
Rio de Janeiro - RJ

PSL - PRONTO SOCORRO INFANTIL
Rua Dr. Francisco Portela, 2762
Zd. Garoto - São Gonçalo - RJ

PSL - PRONTO SOCORRO INFANTIL
Rua Bomfim, 213 - Madureira
Rio de Janeiro - RJ

PSL - PRONTO SOCORRO INFANTIL
Rua Antônio Roberto Guimarães, 95
Nova Iguaçu - RJ

SAMCI - HOSPITAL INFANTIL
Rua São Francisco Xavier, 123 - Tijuca
Rio de Janeiro - RJ

SAMCI - SERV. ASSIST. MED. INFANTIL
Rua Silva Brasil, 32 - Anilás
Rio de Janeiro - RJ

URGÊNCIAS MÉDICAS MEMÓRIAL
Rua dos Rubis, 199 - Rocha Marcada
Rio de Janeiro - RJ

PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL ASSIM

TIPOS DE PLANOS:

PLANO EXPRESS

PLANO MIX

COBERTURAS CONTRATUAIS:

AMBULATORIAL

HOSPITALAR

OPCIONAIS:

OBSTETRICO

ODONTOLÓGICO

ANS - nº 309222

28.14.2: A data do vencimento das mensalidades será a assinalada no termo de Adesão.

28.14.3: Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, o presente Contrato será rescindido de pleno direito, independente de notificação e/ou intimação judicial, sem que caiba direito a qualquer indenização nas hipóteses seguintes:

- I – Fraude ou dolo;
- II – O não-pagamento da mensalidade por período cumulativo superior a 60 (sessenta) dias, e cada ano de vigência do Contrato;
- III – Se qualquer beneficiário impedir ou dificultar qualquer exame e/ou diligência necessários à ressaia dos direitos do ASSIM.

28.15: DISPOSIÇÕES GERAIS

O direito de credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviços é de competência exclusiva do CONTRATADO, que o usará sempre com o objetivo de melhoria da qualidade do atendimento para os seus beneficiários. Em caso de descredenciamento, será providenciada alternativa para a continuidade do atendimento.

28.15.1: As questões gerais de natureza odontológica sobre o atendimento previsto no presente Contrato, incluindo o uso da terminologia utilizada no mesmo, serão dirimidas por uma junta odontológica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo CONTRATANTE, outro pelo ASSIM e um terceiro, desempateador, escolhido pelos dois nomeados.

28.15.2: Se não houver acordo quanto a escolha do dentista desempateador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Entidades Odontológicas sediadas na localidade do escritório do ASSIM.

28.15.3: Cada uma das partes pagará os honorários do dentista que designar. E os do terceiro dentista serão pagos pelo responsável deste Contrato e pelo ASSIM, em partes iguais.

28.15.4: Não é admitida a presunção de que o ASSIM ou qualquer beneficiário possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato, de seus Aditivos ou de comunicações posteriores por escrito.

O presente contrato entrará em vigor a partir da data da sua assinatura.

O presente contrato obriga as partes CONTRATANTES por si, seus herdeiros e sucessores, ao seu perfeito e fiel cumprimento.

Fica feita para dirimir as eventuais questões decorrentes deste contrato o Foro do domicílio do (a) CONTRATANTE.

(versão 03.01.04)