

Anexo E: Contrato da Empresa Rio Med

CAPÍTULO XXII DOS PRIVILÉGIOS

CLÁUSULA 29ª - As pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, assim como as gestantes, lactentes e crianças com até 5 (cinco) anos de idade serão privilegiadas pelo prestador de serviço com relação à marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, privilegiando as casos de urgência/emergência.

CAPÍTULO XXIII DA RESCISÃO

CLÁUSULA 30ª - O presente contrato poderá ser rescindido, de pleno direito, independente de interpelação, notificação judicial ou extrajudicial se houver acordo entre as partes e ainda se o USUARIO:

30.1- Deixar de efetuar o pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias da data do vencimento, sejam eles consecutivos ou não, durante a vigência do presente contrato;

30.2- Impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência necessária para a ressaia dos direitos da CONTRATADA;

30.3- Omitir, de má fé, informações ou tentar, por qualquer meio doloso ou fraudulento, obter vantagens ilícitas deste contrato;

30.4- Praticar qualquer omissão, falsidade, inexistência ou erro que influa na aceitação deste contrato;

PARÁGRAFO ÚNICO - No caso de não pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias, o USUARIO será avisado, quando estiver para completar 60 (cinquenta) dias, sobre sua condição no plano.

CAPÍTULO XXV DA DOCUMENTAÇÃO

CLÁUSULA 31ª - São documentos do presente contrato a proposta de admissão, o recibo correspondente, bem como eventuais aditivos e anexos complementares, quando for o caso, e a declaração de saúde.

PARÁGRAFO ÚNICO - Qualquer alteração nesses documentos, ou no próprio contrato, só será válida se for feita por escrito e com concordância das partes CONTRATANTES.

CLÁUSULA 32ª - O USUARIO obriga-se a fornecer todos os documentos exigidos para fazer privo de seus eventuais direitos.

CLÁUSULA 33ª - Não se admitirá a presunção de que as partes CONTRATANTES possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente no contrato, da proposta de admissão ou quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.

CAPÍTULO XXVI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 34ª - Nenhuma responsabilidade caberá a CONTRATADA pelos atendimentos previstos neste contrato, por dano resultante de dolo ou culpa seja por negligência, imperícia ou imprudência, concordando expressamente o USUARIO DA CONTRATANTE que tal responsabilidade será exclusiva do profissional ou entidade hospitalar a que ele der causa.

CLÁUSULA 35ª - O presente contrato obriga as partes CONTRATANTES por si, seus herdeiros e sucessores.

PARÁGRAFO ÚNICO - As partes elegem o foro central da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justas e CONTRATADAS, assinam o presente contrato em duas vias de igual teor na presença de 2 (duas) testemunhas.

Niterói, _____ de _____ de _____.

PROPONENTE

Declaro que me foi oferecido o plano referenciado, como também, demais planos desta operadora inclusive com cobertura mais ampla, porém optei por contratar o plano de código: _____

11

PROPONENTE

CAPÍTULO XVIII DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO

CLÁUSULA 20ª - Haverá perda da qualidade de USUÁRIO nos casos de fraude ou dolo devidamente comprovados.

CAPÍTULO XIX DO CANCELAMENTO OU CESSAÇÃO DE COBERTURAS

CLÁUSULA 21ª - O cancelamento do contrato dar-se-á em função de solicitação escrita do USUÁRIO, com antecedência prévia de 30 (trinta) dias nos casos de fraude ou dolo devidamente comprovados.

PARÁGRAFO ÚNICO - O USUÁRIO poderá cancelar o contrato ou nível de cobertura, mesmo que já tenha ocorrido atendimento médico hospitalar.

CAPÍTULO XX DA CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE

CLÁUSULA 22ª - Serão caracterizadas doenças e lesões preexistentes aquelas em que o USUÁRIO seja ser portador, a época da admissão do contrato. Fica o USUÁRIO obrigado a informar a CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato. Sendo comprovada a doença ou lesão previamente preexistente, esta estará sujeita à cobertura parcial temporária, confirmada através de declaração expressa.

§ 1º - O USUÁRIO poderá escolher um médico para acompanhar a entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais da rede credenciada da CONTRATADA, sem quaisquer ônus.

§ 2º - Caso o USUÁRIO opte por médico não pertencente à lista de profissionais da rede credenciada da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

§ 3º - A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde, elaborado pela CONTRATADA, e terá como objetivo principal o de relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do USUÁRIO.

§ 4º - O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências em relação à sua omissão.

§ 5º - Não poderá haver alegação de doença preexistente caso a CONTRATADA submeta o USUÁRIO a qualquer tipo de exame ou perícia.

§ 6º - A cobertura parcial temporária dar-se-á de acordo com a cláusula 5ª - Item 5.0, e terá prazo de 24 (vinte e quatro) meses a partir da sua admissão no contrato.

CAPÍTULO XXI DAS AUTORIZAÇÕES INTERNAÇÃO HOSPITALAR E EXAMES ESPECIAIS

CLÁUSULA 23ª - A CONTRATADA fornecerá autorização ao USUÁRIO, antes de sua admissão no hospital para os casos previstos na cláusula 5ª (itens 5.2 apenas eletroencefalograma, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8, 5.9 e 6.0), exceto para os casos de urgência/emergência.

CLÁUSULA 24ª - Para fornecimento desta autorização, o USUÁRIO deverá apresentar declaração assinada pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, tratamento proposto com seu respectivo código, a época do início da enfermidade, bem como a duração provável da internação.

CLÁUSULA 25ª - A autorização será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários para os casos semelhantes. A prorrogação da internação será concedida a critério da CONTRATADA, mediante solicitação do médico assistente, justificando as razões técnicas do pedido, e se necessário, anexando resultados de exames complementares em diagnóstico.

CLÁUSULA 26ª - No momento da internação, o USUÁRIO deverá apresentar à administração do hospital o pedido do médico assistente com a autorização fornecida pela CONTRATADA, bem como carteira de USUÁRIO e documento de identificação pessoal.

CLÁUSULA 27ª - O USUÁRIO internado em caráter de urgência/emergência fará comunicar à CONTRATADA, no ato de sua internação, as razões da mesma, juntamente com declaração do médico credenciado assistente, justificando-a nos termos previstos na cláusula 26ª.

CLÁUSULA 28ª - Os exames e procedimentos constantes na cláusula 5ª (itens 5.2 apenas eletroencefalograma, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8, 5.9 e 6.0), somente terão cobertura se autorizados previamente pela CONTRATADA.

Declaro que me fuo atendido o plano referência, assim também, dentro plano desta operadora inclusive com cobertura mais ampla, portanto optei por contratar o plano de código: _____

CAPÍTULO XIV DO REEMBOLSO

CLÁUSULA 16ª - Somente ocorrerá reembolso das despesas efetuadas pelo USUÁRIO referente a despesas com honorários médicos e hospitalares em casos de urgência ou emergência quando não houver disponibilidade de tais serviços na rede credenciada da CONTRATADA ou quando este ocorrer fora da área de abrangência geográfica descrita na cláusula 8ª, obedecendo ao limite previsto no parágrafo primeiro desta cláusula, devendo o USUÁRIO apresentar, no prazo de 30 (dias), os seguintes documentos:

- A- Recibo original de honorários médicos relativos à consulta médica, constando nome do paciente, valor e data de realização;
- B - Recibo original de exames complementares e/ou serviços auxiliares, discriminando o nome do paciente, data de sua realização e tipo de exames/serviços realizados, acompanhado da solicitação do médico assistente;
- C- Relação discriminada de material e de medicamentos consumidos nos casos de atendimento de emergência, expressa em documento fiscal hábil;
- D- Nota fiscal da conta hospitalar discriminada, com relação do material e medicamentos consumidos;
- E- Recibos ou notas fiscais originais dos honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, informando nome do paciente e evento ocorrido, valor e data de realização.

§ 1º - O reembolso será de acordo e no limite dos valores da Tabela AMB 90 (Associação Médica Brasileira) para consultas e procedimentos; Tabela AHCBJ (Associação de Hospitais da Cidade do Rio de Janeiro) para materiais e diárias hospitalares e Tabela Brasileira para medicamentos.

§ 2º - O reembolso de que se trata esta Cláusula será efetuado em 30 (trinta) dias contados a partir da data da entrega da documentação completa, na sede da CONTRATADA.

CAPÍTULO XV DAS RECLAMAÇÕES

CLÁUSULA 17ª - Deverão ser especificados pelo USUÁRIO os casos de insatisfações quanto ao plano.

§ 1º - Nos casos de discordância de natureza médica referente às coberturas previstas na cláusula 3ª, deverá ser constituída uma junta médica composta por 3 (três) membros: um nomeado pela CONTRATADA, um pelo USUÁRIO e um terceiro, desempassador, escolhido de comum acordo pelas partes, cujo ônus cabe à CONTRATADA.

§ 2º - Caso não haja acordo quanto ao médico desempassador, este será designado pela sociedade médica especializada.

CAPÍTULO XVI DOS SERVIÇOS MÉDICOS CREDENCIADOS

CLÁUSULA 18ª - Os serviços médicos e hospitalares integrantes deste contrato serão sempre, exclusivamente prestados através dos credenciados da CONTRATADA, dos quais o USUÁRIO declara ter pleno conhecimento.

§ 1º - A CONTRATADA reserva-se o direito de cancelar os serviços credenciados, bem como nomear novos serviços de atendimento do mesmo padrão, desde que haja aviso prévio de 30 (trinta) dias, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º - Os procedimentos abaixo relacionados, só serão realizados por credenciados participantes dos Programas de Projetos Especiais (PPE) e de alta complexidade:

- 1- Transplante de rim e córnea;
- 2- Cirurgia Cardíaca;
- 3- Atendimento aos portadores de HIV;
- 4- Atendimento psiquiátrico e dependência química;
- 5- Hemodiálise e diálise Peritoneal.

CAPÍTULO XVII DA SUSPENSÃO À REABILITAÇÃO DE COBERTURA

CLÁUSULA 19ª - Os planos contratados terão vigência mínima de 1 (um) ano, sendo vedadas:

- A recontagem de carência;

- A suspensão do contrato e a denúncia unilateral por parte da CONTRATADA, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade conforme §4º da cláusula 14ª, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;

- A suspensão e a denúncia unilateral, em qualquer hipótese, durante a ocorrência da internação do USUÁRIO.

Declaro que me foi oferecido o plano referência, como também, demais planos desta operadora inclusive com cobertura mais ampla, porém optei por contratar o plano de código: _____

- Aumento imprevisível na frequência de eventos ou na utilização de serviços
- Aumento imprevisível dos custos médicos e/ou hospitalares, superiores às correções normalmente praticadas sobre as mensalidades do presente.

CAPÍTULO XI DAS FAIXAS ETÁRIAS

CLÁUSULA 12ª - Além dos casos previstos na cláusula 11ª, as mensalidades serão reajustadas quando houver mudança de faixa etária do USUÁRIO ou aumento dos custos por determinação das autoridades competentes.

§ 1º - As faixas etárias que trata a presente cláusula são:

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAIS DE REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA
de 0 a 18 anos	de 28,90% ao passar para faixa de 19 a 23
de 19 a 23 anos	de 0,00% ao passar para faixa de 24 a 28
de 24 a 28 anos	de 30,61% ao passar para faixa de 29 a 33
de 29 a 33 anos	de 0,00% ao passar para faixa de 34 a 38
de 34 a 38 anos	de 38,98% ao passar para faixa de 39 a 43
de 39 a 43 anos	de 9,40% ao passar para faixa de 44 a 48
de 44 a 48 anos	de 10,94% ao passar para faixa de 49 a 53
de 49 a 53 anos	de 3,72% ao passar para faixa de 54 a 58
de 54 a 58 anos	de 103,69% ao passar para faixa acima de 59
de 59 anos em diante	não há reajuste por mudança de faixa etária

§ 2º - Ocorrendo mudança na idade do USUÁRIO, que implique em deslocamento para outra faixa etária, as mensalidades serão cobradas a partir do mês subsequente da ocorrência da alteração.

§ 3º - A variação do valor na mensalidade não atingirá o USUÁRIO com idade superior a 60 (sessenta) anos de idade e que participe do plano da CONTRATADA há mais de 10 (dez) anos.

CLÁUSULA 13ª - A atualização terá por base a variação dos custos médico-hospitalares, segundo índices auditados por entidade idônea e aprovada pela ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR), cuja periodicidade será anual, salvo quando vigorar prazo diverso estabelecido em legislação.

CAPÍTULO XII DA FORMA DE PAGAMENTO

CLÁUSULA 14ª - O USUÁRIO obriga-se a pagar à CONTRATADA nos prazos convencionados a seguir:

- A - Primeira mensalidade e taxa de cadastramento na assinatura da proposta;
- B - Contribuições mensais de acordo com a faixa etária, na data de seus vencimentos; e
- C - Reajuste autorizado das mensalidades estabelecidas na data de aniversário do presente contrato.

§ 1º - O NÃO RECEBIMENTO DA COBRANÇA MENSAL NÃO DESOBRIGA O USUÁRIO de quitar sua mensalidade até a data do vencimento para poder contar com as coberturas contratuais. Quando solicitado, a CONTRATADA emitirá recibo avulso para a quitação do débito, em suas agências ou através de depósitos identificados na rede bancária.

§ 2º - A data limite para pagamento da mensalidade na rede bancária não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da cota mensal do aditivo de renovação, dos quais resulte aumento ou redução da mensalidade.

§ 3º - Quando a data limite ocorrer em dia que não haja expediente bancário, o pagamento da contraprestação poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

§ 4º - DECORRIDO O PRAZO DE 60 DIAS, E DESDE QUE A CONTRATANTE TENHA SIDO COMUNICADO ATÉ O 50º DIA DE INADIMPLÊNCIA, SEM QUE TENHA SIDO EFETUADO O RESPECTIVO PAGAMENTO, O PLANO PODERÁ FICAR CANCELADO NA FORMA DA LEGISLAÇÃO EM VIGOR. Em hipótese alguma caberá restituição da parcela das mensalidades já pagas.

CAPÍTULO XIII DA MULTA

CLÁUSULA 15ª - A partir da data do vencimento, a mensalidade atrasada será acrescida de multa de 2% e taxa de permanência diária calculada pela variação da TR ou por outro índice que a venha substituir.

Declaro que me foi oferecido o plano referência, como também, demais planos desta operadora inclusive com cobertura mais ampla, porém optei por contratar o plano de código: _____

PROponente

MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS
MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS
MUNICÍPIO DE MARICÁ
MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS
MUNICÍPIO DE ITABORAÍ
MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ
MUNICÍPIO DE MACAÉ
MUNICÍPIO DE MAGÉ
MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS

MUNICÍPIO DE NILÓPOLIS
MUNICÍPIO DE NITERÓI
MUNICÍPIO DE NOVA FRIBURGO
MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO
MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI
MUNICÍPIO DE CAMPOS DE GOYTACAZES
MUNICÍPIO DE RIO BONITO

CAPÍTULO VII DOS TIPOS DE ACOMODAÇÃO

CLÁUSULA 7ª - Conforme o tipo contratado de plano e a opção eleita pelo USUÁRIO para a acomodação, o USUÁRIO terá direito a quarto coletivo (enfermaria de até 04 leitos) ou quarto individual com banheiro privativo.

CLÁUSULA 8ª - Por ocasião do preenchimento da proposta, o USUÁRIO optará por um dos planos apresentados neste contrato.

Acomodação em quarto coletivo/enfermaria de até 4 (quatro) leitos
Acomodação em quarto individual com banheiro privativo.

CAPÍTULO VIII DOS CRITÉRIOS E PRAZOS PARA RENOVAÇÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA 9ª - O presente contrato entrará em vigor a partir da data de assinatura da proposta, e terá um prazo de 12 (doze) meses, quando a renovação do mesmo se fará automaticamente, por outro prazo de 12 (doze) meses, e assim sucessivamente, se não houver manifestação contrária, por escrito, de qualquer das partes, até 30 (trinta) dias antes do vencimento de cada período contratual.

§ 1º - Quando o USUÁRIO solicitar por escrito sua exclusão, é obrigatória a devolução das carteiras de identificação, ou no caso de perda das mesmas, assinatura do termo de responsabilidade.

§ 2º - A responsabilidade da CONTRATADA sobre os abrandamentos indicados cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias acima mencionado, correndo as despesas a partir de então por conta do USUÁRIO, inclusive do ressarcimento ao SUS previsto na Legislação vigente.

§ 3º - No caso de não aceitação de em que já tenha havido pagamento de mensalidade, os valores pagos deverão ser devolvidos atualizados na data do pagamento ao USUÁRIO até a data da efetiva restituição pela CONTRATADA, tomando-se como índice de correção a taxa de permanência diária calculada pela variação de TR ou por outro índice que venha substituir.

CAPÍTULO IX DO CRITÉRIO DE CUSTEIO

CLÁUSULA 10ª - O presente contrato classifica-se de acordo com o critério de custeio como sendo do tipo contributivo.

CAPÍTULO X DOS CRITÉRIOS DE ATUALIZAÇÃO, REVISÃO E ALTERAÇÕES DE VALORES

CLÁUSULA 11ª - As mensalidades pecuniárias serão reajustadas na data de aniversário do contrato, de conformidade com a autorização expressa da ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR):

11.1: REAJUSTE FINANCEIRO

De acordo com a autorização da ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR).

11.2: REAJUSTE ATUARIAL

A reavaliação atuarial do plano deverá ser realizada anualmente, na data de aniversário do contrato. A CONTRATADA poderá proceder a recálculos atuariais nas mensalidades do plano, sempre que ocorrerem as seguintes distorções cumulativas ou isoladas, detectadas na reavaliação atuarial e desde que seja de comum acordo com o USUÁRIO ou conforme formulação aprovada na ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR):

*Declaro que me foi oferecido o plano referencial, com:
também, diversos planos desta operadora inclusive com
cobertura mais ampla, porém optei por contratar o plano
de código _____*

5.1-GRUPO I - de 24 (vinte e quatro) horas para os procedimentos referentes aos casos de urgência/emergência, sendo certo que dentro dos primeiros 180 dias a cobertura de urgência e emergência só restringirá às 12 primeiras horas e deverão abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ambulatorial, assim estabelecida na Resolução do Consu nº 13, publicada no D.O. nº 211, quarta-feira, 04/11/1998.

5.2-GRUPO II - De 30 (trinta) dias para consultas médicas, exames de análise clínica, radiologia simples, eletroencefalograma e eletrocardiograma, exceto os previstos nas alíneas a seguir:

5.3- GRUPO III- de 90 (noventa) dias para os seguintes procedimentos e exames: fisioterapia, exames de ultrassonografia, densitometria, mamografia, endoscopias, BERA, cicloergometria, exames contrastados em radiologia e provas de função pulmonar.

5.4- GRUPO IV- de 180 (cento e oitenta) dias para exames especiais como: ressonância magnética, tomografia computadorizada, cistografia, angiografia, retinografia, neuroradiografia, radiologia intervencionista, eletromiografia, mapeamento cerebral, ecodoppler, holter, microscopia especular, urodinâmica, colangiopancreatografia.

5.5- GRUPO IV - de 180 (cento e oitenta) dias para sessões de hemodíalise, diálise peritoneal (CAPD), quimioterapia, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, nefrolitotripsia, cirurgias endoscópicas.

5.6-GRUPO IV - de 180 (cento e oitenta) dias para internações de pacientes portadores de quadro de intoxicação ou abstinência por alcoolismo e outras formas de dependência química.

5.7-GRUPO IV - de 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas ou cirúrgicas de caráter eletivo ou programado de qualquer especialidade, transplante de rim e córnea e buco-maxilo-facial.

5.8- GRUPO IV - de 180 (cento e oitenta) dias para internação aos portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise e aí incluídos os atendimentos das lesões auto-inflicidas.

5.9- GRUPO V - de 300 (trezentos) dias para cobertura de parto a termo.

6.0- GRUPO VI - CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - compreende o período de 24 (vinte e quatro) meses de tempo, a partir da data de assinatura do contrato, em que a operadora não é obrigada a dar cobertura completa às doenças e lesões preexistentes conhecidas previamente pelo consumidor. Não estando cobertos no período de COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT procedimentos de alta complexidade, cirurgias que tenham relação direta com a doença ou lesão objeto da CPT e fechos de alta tecnologia, conforme RDC nº 41 anexos 1 e 2 e RDC nº 42 emitida pela ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR em 15 de dezembro de 2000 e suas atualizações.

§ 1º: O atendimento de urgência e emergência estará limitado às 12 (doze) primeiras horas e no caso de necessidade de permanência em ambiente hospitalar além do prazo aqui estipulado, a responsabilidade financeira ficará a cargo do USUÁRIO, não cabendo quaisquer ônus à CONTRATADA.

§2º: Quando o produto contratado pelo USUÁRIO for de âmbito hospitalar o atendimento de urgência e emergência e/ou complicações no processo gestacional também estará limitado às 12 (doze) primeiras horas, dentro dos primeiros 180 (cento e oitenta) dias do contrato.

§3º: Não está (ão) sujeito (s) à (s) carência (s) aqui prevista (s) e (s) filho (s) do USUÁRIO nascido (s) de parto coberto pela operadora durante a vigência do contrato e incluído (s) até o 30º (trigésimo) dia posterior ao seu (s) nascimento (s), seja (m) este (s) natural (s) ou não.

§ 4º: A utilização dos serviços contratados durante o período de carência implica em dever de pagar o respectivo custo, desde já reconhecido como dívida líquida e certa do USUÁRIO, passível de execução forçada, caso em que serão inseridos os gastos com eventuais custos judiciais e honorários advocatícios.

§5º: O USUÁRIO cumprirá carência, a partir da data de alteração, para as novas coberturas, quando houver transferência para um plano com benefícios superiores (G-II, G-III, G-IV e/ou G-V), inclusive na troca do tipo de acomodação de quarto coletivo para quarto individual (180 dias de carência) nas internações. Durante este período o USUÁRIO continuará sendo atendido normalmente dentro das condições previstas para a cobertura anterior, até que se completarem as carências respectivas da nova cobertura contratada.

CAPÍTULO VI DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

CLÁUSULA 6ª: O USUÁRIO será atendido pela rede credenciada das localidades abaixo listadas. EXCLUINDO-SE, expressamente, as localidades fora da área geográfica deste contrato.

Parágrafo Único: Nos casos de urgência/emergência ocorridos fora da área geográfica abrangida neste contrato, o USUÁRIO contará com o atendimento através da Rede ABRAMGE, a qual já consta do Guia Médico.

Declaro que me fixo durante o plano referênci, como também, demais planos desta operadora inclusive com coberturas mais ampla, podendo optar por contratar o plano de código:

4.7 - CONFEÇÃO, COMPRA, CONSERTO, AJUSTE E ALUGUEL DE APARELHOS ORTOPÉDICOS EM GERAL, COLCHÕES, CADEIRAS, LENTES DE CONTATO E ÓCULOS.

4.8 - ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR, SEJA EM DOMICÍLIO OU EM HOSPITAL.

4.9 - QUAISQUER PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA VIGENTE NA OCASIÃO DO EVENTO.

4.10 - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS E PARA TRATAMENTO DOMICILIAR.

4.11 - EXPEDIÇÃO DE LAUDOS, PARECERES, ATESTADOS E CERTIDÕES, PARA FINS PRIVATIVOS OU OFICIAIS.

4.12 - ESTADAS EM ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS E CLIMÁTICAS, SPA, CLÍNICAS DE IDOSOS OU CLÍNICAS DE REPOUSO, MESMO QUE POR INDICAÇÃO MÉDICA.

4.13 - QUAISQUER SERVIÇOS EVENTUALMENTE PRESTADOS PELO HOSPITAL, DIRETA OU INDIRETAMENTE E NÃO RELACIONADOS ESTRITAMENTE COM O TRATAMENTO DO USUÁRIO, CONSIDERADOS COMO EXTRAORDINÁRIOS (TELEFONEMAS, TELEGRAMAS), E ACOMPANHANTES PARA MAIORES DE 18 (DEZOITO) ANOS E MENORES DE 60 (SESSENTA) ANOS.

4.14 - CIRURGIAS PLÁSTICAS E TRATAMENTOS ESTÉTICOS, SALVO REPARADORAS E DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO OCORRIDO NA VIGÊNCIA DO CONTRATO, MEDIANTE PERÍCIA MÉDICA QUE CONSTATE O FATO.

PARÁGRAFO ÚNICO - PARA FINALIDADE DESTES CONTRATOS, CONSIDERA-SE CIRURGIA OU TRATAMENTO REPARADOR AQUELE NECESSÁRIO À RESTITUIÇÃO DAS FUNÇÕES DE MEMBROS OU ÓRGÃOS AFETADOS.

4.15 - FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO.

4.16 - PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA PREVISTA NA CLÁUSULA 6ª DESTES CONTRATOS.

4.17 - PROCEDIMENTOS OU EXAMES REALIZADOS NO EXTERIOR, AINDA QUE A COLETA DO MATERIAL SEJA FEITA NO BRASIL.

4.18 - TRANSPLANTES, À EXCEÇÃO DOS DE CÔRNEA E RIM.

4.19 - EXAMES ADMISSIONAIS, DEMISSORIAIS E PERIÓDICOS.

4.20 - EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DE PLACENTA E NECRÓPSIA.

4.21 - DESPESAS EM CAPTAÇÃO, TRANSPORTE E CONSERVAÇÃO DE ÓRGÃOS UTILIZADOS PARA TRANSPLANTE, NO CASO DO DOADOR SER CADÁVER, EXCETO NOS CASOS DE RESSARCIMENTO AO SUS.

4.22 - MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO DOS TRANSPLANTES.

4.23 - TRATAMENTO DE DOENÇAS OU LESÕES DECORRENTES DE PRÁTICA DE ESPORTES DE RISCOS TAIS COMO: ALPINISMO, PARAQUEDISMO, AUTOMOBILISMO, MOTOCICLISMO, ETC.

4.24 - CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO.

4.25 - TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL.

4.26 - PROCEDIMENTOS DE MEDICINA OCUPACIONAL.

4.27 - INTERNAÇÃO PARA ESCLARECIMENTO DIAGNÓSTICO (CHECK-UP).

4.28 - COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES DECORRENTES DE:

A. ACIDENTES PROVOCADOS PELO USO DE MEDICAMENTOS OU DROGAS ILÍCITAS, BEBIDA ALCOÓLICA, ALUCINÓGENOS, SUBSTÂNCIAS TÓXICAS;

B. TENTATIVAS DE SUÍCIO DE QUALQUER ETIOLOGIA;

C. LESÕES OU TRAUMAS ORIUNDOS DE AGRESSÃO FÍSICA QUE SEJA COMPROVADO POR OCORRÊNCIA POLICIAL QUE A MESMA FOI PROVOCADA PELO USUÁRIO;

D. INTOXICAÇÃO POR DROGAS ILÍCITAS.

CAPÍTULO V DAS CARÊNCIAS

CLÁUSULA 5ª - É o período de tempo, contado a partir da data de vigência do presente contrato, onde o USUÁRIO deverá permanecer, ininterruptamente no plano, sem direito à (s) garantia(s) coberta (s) por este conforme definida na cláusula 3ª. A carência poderá ser total, parcial ou nula, abrangendo todas as garantias ou parte delas, respeitando-se o(s) limite(s) estabelecido(s). A carência será:

Declaro que me foi oferecido o plano referência, como também, demais planos desta operadora inclusive com cobertura mais ampla, porém optei por contratar o plano de código:

5

PROPONENTE

3.2 - AMBULATORIAL:

3.2.1 - Cobertura de consultas médicas inclusive de pré-natal, em clínicas básicas e especializadas pelo Conselho Federal de Medicina.

3.2.2 - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que requeiram forma de anestesia local, por sedação ou bloqueio, quando solicitados pelo médico assistente.

3.2.3 - Cobertura para emergência/urgência, incluindo os decorrentes de acidente pessoal e processo gestacional, após 24 horas de vigência do contrato, limitada as 12 (doze) primeiras horas, conforme descrito no Capítulo V § 1º.

3.2.4 - Realização de exames complementares por indicação médica.

3.2.5 - Hemodiálise; diálise peritoneal (CAPD); hemoterapia ambulatorial; quimioterapia ambulatorial; radioterapia incluindo megavoltagem; cobacterapia; cesioterapia; eletroterapia.

3.2.6 - Realização de serviços auxiliares de tratamento por indicação médica.

3.2.7 - Emergências Psiquiátricas.

3.2.8 - Realização de consultas médicas psiquiátricas.

Parágrafo Único - Serão realizadas consultas médicas psiquiátricas relativas aos transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10.

3.3 - QUANDO INCLUIR ATENDIMENTO DE OBSTETRICA

3.3.1 - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do USUÁRIO ou de seu dependente, regularmente inscrito como tal, durante os primeiros trinta dias após a ocorrência.

3.3.2 - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto a termo.

3.4 - EMERGÊNCIAS MÉDICAS DOMICILIARES - EMD

A cobertura do serviço complementar de Emergências Médicas Domiciliares - EMD - assegura o serviço de atendimento médico de emergências/urgências no próprio domicílio ou no local de trabalho (somente nas localidades relacionadas abaixo no §3º) e, se necessário, a remoção para um dos hospitais da rede credenciada.

§1º: A assistência a urgências se dará em todo o quadro agudo de doenças, de início súbito, não habitual ao paciente, que impossibilite a ida até o estabelecimento hospitalar de melhor conveniência do USUÁRIO sem risco de vida imediato e com sofrimento intenso. A assistência a emergências abrange os quadros clínicos agudos e cirúrgicos que impliquem em risco de vida imediato.

§2º: A liberação dos atendimentos junto a Central 24 horas da remoção domiciliar de urgência dar-se-á após resposta a um breve questionário das atendentes e consequente anuência do médico responsável que avaliará a necessidade do atendimento, através do telefone 0800-267-227.

§ 3º: A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE REMOÇÃO DOMICILIAR DE URGÊNCIA TEM SUA COBERTURA LIMITADA AOS SEQUENTES MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São João de Meriti, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Nilópolis.

CAPÍTULO IV DAS EXCLUSÕES

CLÁUSULA 4ª- ESTÃO EXCLUIDOS DESTES CONTRATO:

4.1 - DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES EFETUADAS ANTES DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS NA CLÁUSULA 5ª DESTES CONTRATO.

4.2 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR OU QUALQUER PROCEDIMENTOS PARA FINS DE REPOUSO OU DE REABILITAÇÃO QUANDO NECESSÁRIA COMO COMPLEMENTO PARA TRATAMENTO EMAGRECEDOR, REJUVENESCEDOR OU EMBELEZADOR (EXCETO PARA TRATAMENTOS DA OBESIDADE MÓRBIDA).

4.3 - PROCEDIMENTOS E/OU TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS.

4.4 - HOME CARE (TRATAMENTO DOMICILIAR).

4.5 - INTERNAÇÕES, INTERVENÇÕES, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DESTINADOS À INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, ESTERILIZAÇÃO DO HOMEM E/OU DA MULHER E INFERTILIDADE, LAQUEADURA DE TROMPA E FERTILIZAÇÃO.

4.6 - TRATAMENTOS, EXAMES EM GERAL E INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS QUE DECORRAM DE GUERRA, CASOS DE CATACLISMOS, COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE.

Declaro que me foi entregue o plano referência, como também, demais planas desta operadora inclusive com cobertura mais ampla, podendo aptei por consultar o plano de código:

- 2.18 - Reajuste Financeiro: atualização do valor das mensalidades em função da variação dos custos médico-hospitalares.
- 2.19 - Reajuste Técnico: reavaliação do valor das mensalidades decorrente de alteração no nível de sinistralidade dos planos de assistência à saúde.
- 2.20 - Urgência: entende-se por urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.
- 2.21 - Usuário: pessoa física que adquire um plano de assistência médico-hospitalar.
- 2.22 - Usuário dependente: são cônjuges, companheiro(a) e/ou filhos(as) solteiros(as), sejam estes naturais ou não, com até 21 (vinte e um) anos e/ou universitários com até 24 (vinte e quatro) anos, como também os incapazes, independente de idade.

CAPÍTULO III DAS COBERTURAS

CLÁUSULA 3ª. A CONTRATADA assegura ao CONTRATANTE assistência médica obedecendo às condições deste contrato, através de sua rede credenciada, dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo rol de procedimentos médicos instituído pela resolução CONSU nº 10 de 03/11/1998, atualizada pela Resolução RDC nº 67 de 07/05/2001.

3.1 - INTERNAÇÃO

- 3.1.1 - Hospitalizações em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sem limite de dias.
- 3.1.2 - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do USUÁRIO.
- 3.1.3 - Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva (UTI), ou similar, a critério do médico assistente.
- 3.1.4 - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle, evolução da doença e elucidação diagnóstica; fornecimento de anestésicos, gases medicinais e transfusões realizadas ou ministradas durante o período de internação hospitalar, cobertura da taxa da sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, se comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, cobertura de despesas de acompanhante no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou no caso de maior de 60 (sessenta) anos.
- 3.1.5 - Procedimentos ambulatoriais considerados especiais tais como: hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD), sessões de quimioterapia, radioterapia, incluindo radiomoldagem, radiomplantes e braquiterapias, hemoterapia, nutrição parental ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolizações e radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.
- 3.1.6 - Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios somente nos casos ligados ao ato cirúrgico, considerando para efeito de escolha, aquelas padronizadas pela Rio Med.
- 3.1.7 - Procedimentos fisioterápicos, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência em ambiente hospitalar.
- 3.1.8 - Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção.
- 3.1.9 - Internação hospitalar psiquiátrica limitada a 30 (trinta) diárias anuais sem co-participação.
- 3.1.10 - Internação hospitalar de casos psiquiátricos de dependência química em unidade clínica limitada a 15 (quinze) diárias anuais sem co-participação.
- 3.1.11 - Internação hospitalar nos casos de cirurgia buco-maxilo-facial.
- 3.1.12 - Todas as internações previstas neste instrumento far-se-ão em quarto coletivo ou individual, de acordo com o tipo de acomodação contratada, sem direito a acompanhante para o internado, exceto no caso deste ser menor de 18 (dezoito) anos ou no caso de maior de 60 (sessenta) anos.
- 3.1.13 - O CONTRATANTE deste plano, candidato a transplantes de córnea ou de rim, deverá estar obrigatoriamente inscrito em uma das CNCDOS (Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos) credenciadas pelo SNT (Sistema Nacional de Transplante) e se sujeitar aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgão (s) das mesmas.
- 3.1.14 - Cobertura para procedimentos obstétricos, internação clínica ou cirúrgica decorrente do período gestacional.
- 3.1.15 - Cobertura para doença preexistente, conforme definida na cláusula 22ª.

Declaro que me foi oferecido o plano referencial, como também, demais planos desta operadora inclusive com cobertura mais ampla, porém optei por contratar o plano de código:

Se você optou pelo PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA SEM AMBULATORIAL PADRÃO ENFERMARIA - CÓDIGO 150, este PLANO tem cobertura SOMENTE PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PREVISTA NA CLAUSULA 3ª DO CONTRATO, E COM A EXCLUSÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS NO ITEM 3.2 DESSA MESMA CLAUSULA, respeitando os limites, carências, exclusões, condições e demais cláusulas constantes adiante estabelecidas.

CÓDIGO 155 - Nº 435.425/01.7

PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA SEM AMBULATORIAL PADRÃO QUARTO INDIVIDUAL

Se você optou pelo PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA SEM AMBULATORIAL PADRÃO QUARTO INDIVIDUAL - CÓDIGO 155, este PLANO tem cobertura SOMENTE PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PREVISTA NA CLAUSULA 3ª DO CONTRATO, COM EXCLUSÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS NO ITEM 3.2 DESSA MESMA CLAUSULA, respeitando os limites, carências, condições e demais cláusulas constantes neste contrato

CAPÍTULO II DAS DEFINIÇÕES

CLAUSULA 2ª: Para fins deste contrato, considera-se:

- 2.1 - **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico do usuário.
- 2.2 - **Agente:** é o intermediário, pessoa física ou jurídica, que angaria contratos de planos de assistência à saúde.
- 2.3 - **Agravos:** É o acréscimo que o Consumidor vai pagar por mês para ter direito imediato à cobertura completa de doenças e lesões preexistentes.
- 2.4 - **Carência:** é o período pré-determinado no início do contrato, durante o qual o consumidor não pode usar integralmente os serviços oferecidos pelo plano de saúde, nos limites do que dispõe Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.
- 2.5 - **Carregamento:** é o percentual incidente sobre as mensalidades do plano de assistência à saúde para fazer face às despesas de comissão (de intermediação ou agenciamento), de administração e margem de lucro.
- 2.6 - **Cobertura parcial temporária:** São 24 (vinte e quatro) meses de tempo em que a operadora não é obrigada a dar cobertura completa às doenças e lesões preexistentes conhecidas previamente pelo consumidor incluindo procedimento e exames complementares de alta complexidade, cirurgias e leitos de alta tecnologia.
- 2.7 - **Consultas Médicas Psiquiátricas:** é o tratamento básico prestado pelo médico especialista relativo aos transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10.
- 2.8 - **Emergência Psiquiátrica:** considera-se emergência psiquiátrica as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos para o próprio (ou para terceiros), incluídas as ameaças de danos morais e patrimoniais importantes.
- 2.9 - **Emergência:** entende-se por emergência patologia que implique em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, caracterizadas em declaração do médico assistente.
- 2.10 - **Evento:** é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica - hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do ASSOCIADO em decorrência de acidente pessoal ou doença.
- 2.11 - **Internação de casos psiquiátricos de dependência química:** considera-se internação hospitalar de casos psiquiátricos os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
- 2.12 - **Internação Psiquiátrica Hospitalar:** considera-se internação psiquiátrica hospitalar todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10 em situação de crise caracterizada como: risco de vida ou danos físicos e morais ou de incapacitação.
- 2.13 - **Mensalidade:** cada um dos pagamentos efetuados pelos contratantes, seja pessoa física ou jurídica, para custeio do plano de assistência à saúde, mesmo que em periodicidade diversa da mensal.
- 2.14 - **Nota Técnica Atuarial:** conjunto de especificações técnicas, atuárias e estatísticas que estabelecem os critérios de mensuração do risco, taxação, carregamentos, taxa de juros, critérios de reversão de excedentes e constituição de provisões dos planos de assistência à saúde comercializados pelas operadoras.
- 2.15 - **Proposta de adesão:** documento mediante o qual o proponente 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.
- 2.16 - **Plano de Assistência à Saúde:** qualquer produto comercializado por uma operadora que ofereça cobertura para atendimento médico, hospitalar ou odontológico para assistência à saúde.
- 2.17 - **Provisão Técnica:** montante mensalidade pelas operadoras para garantia de suas operações e coberturas dos riscos junto a seus contratantes.

Declaro que me foi oferecido o plano referenciado, com
também, demais planos desta operadora inclusive com
cobertura mais ampla, porém optei por contratar o plano
de código _____



Nº

Plano: Rede Certo - Pessoa Física

Contrato de Serviço Médico e Hospitalar que entre si fazem, de um lado, como CONTRATADA, RIO MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., baseada na Lei nº 9.656 de 03/06/1998, inscrita no Ministério da Saúde ANS nº 35378-7 e no CNPJ sob o nº 29.204.211/0001-28, com sede à Rua João Valério nº 1.206, parte, Centro, Magé - RJ., representada na forma do seu Contrato Social, e de outro lado, como CONTRATANTE, o PROPONENTE do presente contrato, seus dependentes e demais beneficiário incluídos neste documento.

CAPÍTULO I DO OBJETO

Clausula 1ª - O objeto deste contrato é garantir, dentro dos limites estabelecidos para cada evento nestas Condições Gerais, bem como em seus aditivos, de acordo com as coberturas garantidas, obedecendo-se aos parâmetros estabelecidos pela Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998 e respectiva legislação suplementar, a cobertura das despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, desde que decorrentes de doença ou acidente pessoal do PROPONENTE, seus dependentes e demais beneficiários indicados neste contrato.

Verifique abaixo a cobertura da segmentação correspondente ao Plano do Código acima contratado:

CÓDIGO 110 - Nº 410.482/99-0

PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA MAIS AMBULATORIAL PADRÃO ENFERMARIA

Se você optou pelo PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA MAIS AMBULATORIAL EM PADRÃO ENFERMARIA - CÓDIGO 110, este PLANO goza de todas as coberturas previstas neste contrato, respeitando os limites, carências, exclusões e demais cláusulas constantes adiante estabelecidas.

CÓDIGO 115 - Nº 435.423/01-1

PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA MAIS AMBULATORIAL PADRÃO QUARTO INDIVIDUAL

Se você optou pelo PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA MAIS AMBULATORIAL PADRÃO QUARTO INDIVIDUAL - CÓDIGO 115, este PLANO goza de todas as coberturas previstas neste contrato, respeitando os limites, carências, exclusões e demais cláusulas constantes adiante estabelecidas.

CÓDIGO 120 - Nº 410.483/99-8

PLANO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA MAIS AMBULATORIAL PADRÃO ENFERMARIA

Se você optou pelo PLANO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA MAIS AMBULATORIAL PADRÃO ENFERMARIA - CÓDIGO 120, este PLANO goza de todas as coberturas previstas neste contrato, COM A EXCLUSÃO DE QUALQUER PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO DISCRIMINADO NO ITEM 3.1.14 DA CLAUSULA 3ª DESTE CONTRATO, respeitando os limites, carências, condições e demais cláusulas constantes neste contrato.

CÓDIGO 125 - Nº 435.424/01-9

PLANO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA MAIS AMBULATORIAL PADRÃO QUARTO INDIVIDUAL

Se você optou pelo PLANO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA MAIS AMBULATORIAL PADRÃO QUARTO INDIVIDUAL - CÓDIGO 125, este PLANO goza de todas as coberturas previstas neste contrato, COM A EXCLUSÃO DE QUALQUER PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO DISCRIMINADO NO ITEM 3.1.14 DA CLAUSULA 3ª DESTE CONTRATO, respeitando os limites, carências, condições e demais cláusulas constantes neste contrato.

CÓDIGO 130 - Nº 410.485/99-2

PLANO AMBULATORIAL

Se você optou pelo PLANO AMBULATORIAL - CÓDIGO 130, este PLANO tem cobertura SOMENTE para os procedimentos ambulatoriais previstos no item de número 3.2 da CLAUSULA 3ª adiante expressa e respeitando os limites, carências, condições e demais cláusulas constantes neste contrato.

CÓDIGO 140 - Nº 410.485/99-4

PLANO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA EM PADRÃO DE ENFERMARIA

Se você optou pelo PLANO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA PADRÃO DE ENFERMARIA - CÓDIGO 140, este PLANO tem cobertura SOMENTE PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PREVISTA NA CLAUSULA 3ª DO CONTRATO, COM A EXCLUSÃO DE QUALQUER PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO DISCRIMINADO NO ITEM 3.1.14 DESTA MESMA CLAUSULA, respeitando os limites, carências, condições e demais cláusulas constantes neste contrato.

CÓDIGO 145 - Nº 435.426/01-5

PLANO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA PADRÃO QUARTO INDIVIDUAL

Se você optou pelo PLANO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA PADRÃO QUARTO INDIVIDUAL - CÓDIGO 145, este PLANO tem cobertura SOMENTE PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PREVISTA NA CLAUSULA 3ª DO CONTRATO, COM EXCLUSÃO DE QUALQUER PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO DISCRIMINADO NO ITEM 3.1.14 DESTA MESMA CLAUSULA, respeitando os limites, carências, condições e demais cláusulas constantes neste contrato.

CÓDIGO 150 - Nº 410.484/99-6

PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA SEM AMBULATORIAL PADRÃO ENFERMARIA

Decidem que me foi oferecido o plano referenciado, como também, demais planos desta operadora inclusive com cobertura mais ampla, porém optei por contratar o plano de código:

1

PROponente