

Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

PLANO DE SAÚDE
**COLETIVO
POR
ADESÃO**

Regulamentado pela
Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS

Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESÃO

BENEFICIÁRIO

O Beneficiário de plano privado de assistência à saúde **COLETIVO POR ADESÃO** é a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação, normativos regulatórios e em contrato de adesão assinado com a Administradora de Benefícios e a Operadora, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica. O Beneficiário titular é quem possui o vínculo com uma das pessoas jurídicas definidas no art. 9º da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

OPERADORA

A Operadora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão. A Operadora deste plano de saúde é a Unimed Rio, uma das mais tradicionais e importantes operadoras do país. Fundada em 1971, ela está integrada ao Sistema Nacional Unimed, que reúne centenas de cooperativas na maior rede de assistência médica do Brasil e no maior sistema de saúde da América Latina.

ENTIDADE

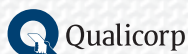
O Abrigo do Marinheiro (AMN) é a pessoa jurídica que representa legitimamente a população a ela vinculada e que contratou a Qualicorp como sua Administradora de Benefícios para defender os interesses dos Beneficiários perante a Operadora. O AMN é a Entidade a que o Beneficiário está vinculado, indicada no contrato de adesão, e portanto quem legitima seu ingresso e permanência no plano.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pelo AMN para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário. A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que contratou este plano de saúde **COLETIVO POR ADESÃO** com a Unimed Rio, em convênio com o AMN. A Qualicorp foi pioneira nesse mercado e hoje é a maior Administradora de Benefícios do Brasil, proporcionando acesso à saúde de qualidade e bem-estar a milhões de brasileiros.



ANS nº 393321



ANS nº 417173

Entenda o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESÃO

Você adquiriu um plano de saúde coletivo por adesão, que possui uma forma de contratação própria e obedece a regras específicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Essa modalidade de plano destina-se a atender a um grupo de pessoas que, assim como você, faz parte de uma categoria profissional, classista ou setorial e é vinculado a uma Entidade de Classe.

A Qualicorp é a Administradora de Benefícios responsável por viabilizar esse benefício. Foi ela quem contratou o plano junto à Operadora e o disponibilizou a você, por meio de um convênio com a sua Entidade.

Ao reunir os beneficiários em grupos, em parceria com a sua Entidade de Classe, a Qualicorp consegue negociar melhores condições para todos. É a força da coletividade, beneficiando você e sua família.

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,

o plano é contratado pela Administradora, em convênio com a Entidade.



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

- É contratado por uma Administradora de Benefícios junto a uma Operadora de Saúde e disponibilizado ao Beneficiário por meio de convênio com uma Entidade de Classe profissional, classista ou setorial que representa esse beneficiário.
- Também pode ser contratado diretamente por uma Entidade de Classe junto à Operadora, sem a participação da Administradora de Benefícios.
- Em ambos os casos, os beneficiários dos planos coletivos por adesão são as pessoas que mantêm vínculo com a Entidade.
- No caso do plano coletivo por adesão que você adquiriu, o benefício foi contratado por uma Administradora: a Qualicorp.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e estar vinculado a alguma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial que oferte esse tipo de benefício.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

- Pode ser acordada entre o beneficiário e a Administradora de Benefícios.
- A partir da vigência, será encaminhada a cobrança do valor mensal do benefício contratado, na forma autorizada pelo beneficiário no Contrato de Adesão.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

- Por uma das pessoas jurídicas contratantes (Operadora, Administradora ou Entidade).
- Em caso de inadimplência do beneficiário, perda da elegibilidade ou se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

REAJUSTE ANUAL

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.

- A Operadora de Saúde estabelece o reajuste anual com base na variação dos custos médicos e o comunica à Administradora de Benefícios. A Qualicorp Administradora, na condição de representante dos interesses dos beneficiários e das Entidades, negocia com a Operadora o melhor índice possível, visando preservar o equilíbrio econômico do benefício e garantir a qualidade do atendimento. Após isso, a Operadora deve informar o percentual aplicado à ANS.

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

- É contratado diretamente por pessoas físicas junto a uma Operadora de Saúde.
- Quando incluir dependentes, é denominado plano familiar.
- Nesse tipo de contratação, o beneficiário não conta com uma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial na representação e na defesa dos seus direitos.
- Não há o apoio de uma Administradora de Benefícios, como a Qualicorp.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e contratar o plano diretamente com a Operadora de Saúde.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

- Dá-se a partir da assinatura da proposta de adesão.
- Ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

- Nos casos de inadimplência do beneficiário por mais de 60 dias, desde que notificado até o quinquagésimo dia da inadimplência.
- Se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

REAJUSTE ANUAL

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.

- O reajuste anual é definido pela ANS, que autoriza a aplicação do mesmo diretamente pela Operadora de Saúde.

Prezado(a) Beneficiário(a),

Você contratou um plano de assistência à saúde COLETIVO POR ADESÃO, cuja forma de contratação e características obedecem às resoluções e instruções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Este Manual foi elaborado com o objetivo de reforçar as regras e condições estabelecidas no seu Contrato de Adesão e esclarecer todos os aspectos relativos à utilização, manutenção e eventual cancelamento do seu plano. Aqui você encontra todos os seus direitos e obrigações.

Para sua comodidade, verifique no sumário da próxima página as divisões deste Manual por assunto e identifique no(s) anexo(s) qual o plano que você contratou e as suas características específicas.

Seja bem-vindo(a)!

Qualicorp Administradora de Benefícios



Sumário

CAPÍTULOS

01.	A Qualicorp Administradora de Benefícios _____	pág. 07
02.	A contratação coletiva do plano de saúde _____	pág. 10
03.	Formas de utilização do plano de saúde _____	pág. 14
04.	Coberturas e procedimentos garantidos _____	pág. 20
05.	Cobertura de saúde adicional _____	pág. 36
06.	Exclusões de cobertura _____	pág. 37
07.	Validação prévia de procedimentos _____	pág. 41
08.	Carências _____	pág. 43
09.	Cobertura parcial temporária _____	pág. 49
10.	Alterações cadastrais _____	pág. 52
11.	Pagamento _____	pág. 60
12.	Reajustes _____	pág. 65
13.	Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde _____	pág. 68
14.	Serviço adicional: Seguro por morte natural ou acidental ____	pág. 73
15.	Serviço adicional: Benefício Família _____	pág. 79
16.	Serviço opcional: S.O.S. Unimed _____	pág. 85
17.	Serviço opcional: Unimed Viagem _____	pág. 91
18.	Serviço opcional: Transporte Aeromédico _____	pág. 101
19.	Cobertura de saúde opcional: Unimed Dental _____	pág. 107
20.	Cobertura de saúde opcional: Unimed Dental 2 _____	pág. 117
21.	Cobertura de saúde opcional: Unimed Dental Total _____	pág. 121

Sumário

ANEXOS

Anexo I: Unimed Alfa 2 (0114) _____ pág. 131

Anexo II: Unimed Beta 2 (0114) _____ pág. 135

Anexo III: Unimed Delta 2 (0114) _____ pág. 139

Anexo IV: Unimed Ômega Plus (0114) _____ pág. 143

Anotações _____ pág. 146

Use bem, use sempre _____ contracapa

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Unimed Rio.

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA UNIMED RIO, AGORA VOCÊ CONTA COM O APOIO DA QUALICORP, ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A PESSOAS JURÍDICAS PARA A VIABILIZAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COLETIVOS POR ADESAO, À POPULAÇÃO VINCULADA A ELAS.

A Qualicorp idealizou, criou e implantou o projeto de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, projeto que tem como principal objetivo oferecer a Entidades (Pessoas Jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial), e à população elegível por essas mesmas Entidades, o benefício de assistência à saúde suplementar, por meio de apólices e contratos com Operadoras de planos de saúde renomadas e pelo menor preço possível.

Neste caso, a Unimed Rio analisou o projeto, aceitou-o e concordou com a sua implantação, conforme as condições ajustadas no contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, mantido com a Qualicorp, cujas condições contratuais ora estão reproduzidas neste Manual. A Entidade a que está vinculado o beneficiário estudou o projeto, considerou-o plenamente conforme aos interesses da população que representa e autorizou a sua implantação.

Este projeto compreende, ainda, dentro de sua ampla concretização, propiciar e conferir aos beneficiários um resultado final, consistente numa assistência eficaz à saúde, com pronto e eficiente atendimento. Para tanto, inserem-se aqui diversos serviços que são inerentes à atividade exercida pela Qualicorp como Administradora de Benefícios e na qualidade de contratante, conforme normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre esses serviços, estão:

- A. Apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela Operadora de planos de saúde e alteração de rede assistencial;
- B. Realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde;
- C. Movimentação cadastral;

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

- D. Conferência de faturas;
- E. Cobrança aos beneficiários;
- F. Atendimento aos beneficiários para questões administrativas;
- G. Distribuição do material da Operadora para os beneficiários.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp que estão à sua disposição, confira os dados a seguir:

CENTRAIS DE ATENDIMENTO POR TELEFONE

Central de Serviços

Use a Central de Serviços para fazer alterações cadastrais e tratar de outras questões específicas do seu plano: cobranças, solicitações, dúvidas etc.

0800-778-4004

SAC

Use o SAC para obter informações institucionais sobre a Qualicorp, fazer sugestões, elogios, reclamações ou cancelamentos.

Todo o Brasil: **0800-779-9002**

Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

CENTRAL DE ATENDIMENTO POR FAX

São Paulo: **(11) 3016-8836**

Rio de Janeiro: **(21) 3223-9059**

Outras localidades:

4002-8877 (capitais e regiões metropolitanas)

(11) 4002-8877 (demais regiões)

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

CENTRAL DE ATENDIMENTO PESSOAL*

São Paulo

Rua Dr. Plínio Barreto, 365 – 1º andar
Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01313-020

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30 (exceto feriados).

**Informe-se também sobre a existência, em sua Entidade, de Postos de Atendimento da Qualicorp.*

OUVIDORIA

ouvidoria@qualicorp.com.br

CORREIO

Caixa Postal 65155
São Paulo – SP – CEP 01318-970

INTERNET

Portal de Serviços: **www.qualicorp.com.br**
(para entrar em contato com a Qualicorp, veja especialmente a página
www.qualicorp.com.br/faleconosco)

E-mail: **abrigodomarinheiro@qualicorp.com.br**

Esses canais não substituem nem invalidam os canais de atendimento da Unimed Rio. Pelo contrário, são estruturas que coexistem para você ter mais conveniência e conforto na utilização do seu plano de saúde.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADEÇÃO CELEBRADO COM A UNIMED RIO FORAM REDIGIDAS COM A OBSERVÂNCIA DO *CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO* (LEI N.º 10.406/02), DO *CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR* (LEI N.º 8.078/90), DO *ESTATUTO DO IDOSO* (LEI N.º 10.741/03) E COM BASE NA LEI N.º 9.656/98 E NAS NORMAS REGULAMENTARES EDITADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), QUE REGULAMENTAM OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Trata-se de um contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, celebrado entre a Qualicorp Administradora de Benefícios e a Unimed Rio e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Unimed Rio – Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda. (ANS n.º 393321)
Administradora de Benefícios/Contratante	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)
Entidade	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a “Proposta”), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a Administradora de Benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.
Beneficiários	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde.

Atenção

A contratação do plano de saúde pelos beneficiários é feita através do Contrato de Adesão (a “Proposta”), observadas as regras e condições nele dispostas, que estão reproduzidas e mais bem detalhadas neste Manual.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

Poderão ser beneficiários titulares todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido ao contrato coletivo de plano de saúde.

2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Poderão ser beneficiários dependentes os seguintes indivíduos, desde que mantenham uma relação de dependência com o beneficiário titular e desde que tenham sido inscritos por ele no benefício:

- Cônjuge;*
- Companheiro(a), desde que se comprove a união estável, conforme Lei Civil;*
- Filho(a) de qualquer idade;*
- Filho(a) inválido(a) de qualquer idade;*
- Enteadado(a) de qualquer idade, mediante comprovação de casamento ou de união estável do cônjuge ou companheiro(a) com o beneficiário titular;*
- Menor de idade que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular;*
- Neto(a);*
- Bisneto(a);*
- Nora e/ou genro.*

**Superadas as condições de adesão (por exemplo: extinção da guarda ou tutela etc.), será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício.*

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

2.1.3. PERMANÊNCIA NO BENEFÍCIO EM CASO DE FALECIMENTO DO TITULAR

Caso ocorra o falecimento do beneficiário titular, os beneficiários dependentes que não tiverem direito ao serviço adicional constante no capítulo 15 (“Benefício Família”) deste Manual, poderão permanecer no contrato coletivo de plano de saúde como beneficiário(s) titular(es), desde que preencha(m) as condições de elegibilidade exigidas, ou como beneficiário(s) dependente(s) de outro beneficiário titular.

2.1.3.1. No período compreendido entre a comunicação do falecimento do beneficiário titular e a emissão da documentação que comprove a elegibilidade do(s) novo(s) titular(es), este(s), mediante apresentação de protocolo de inscrição como Associado(s) Vinculado(s) do Abrigo, poderá(ão), a título precário, permanecer no contrato pelo período de 4 (quatro) meses, desde que pague(m) as mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais (quando devidos), por boleto bancário ou débito em conta.

2.1.4. EXCLUSÃO, REINCLUSÃO E PERMANÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS EM CASO DE AFASTAMENTO DO TITULAR

O militar ou servidor da ativa, beneficiário titular deste plano de saúde, que for designado para comissão em outro país, por período igual ou superior a 9 (nove) meses, mediante comprovação por meio de documento oficial do Comando da Marinha, pode solicitar a sua exclusão e a do(s) respectivo(s) beneficiário(s) dependente(s) nesse período e, no prazo de 30 (trinta) dias da data de chegada ao Brasil, poderá solicitar a reinclusão no contrato coletivo, no mesmo plano ou equivalente, sem carência e de acordo com as condições contratuais em vigor.

2.1.4.1. Para que o(s) beneficiário(s) dependente(s) permaneça(m) neste contrato coletivo de plano de saúde durante o período em que o beneficiário titular estiver fora do país, o beneficiário titular também deverá permanecer no contrato.

2.2. VIGÊNCIA DO CONTRATO COLETIVO

O prazo de vigência define o período em que vigorará o contrato coletivo.

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Rio vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, por qualquer das partes, seja pela Unimed Rio ou pela Qualicorp.

2.2.1. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Rio poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Unimed Rio ou pela Qualicorp. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a Qualicorp será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 4 (quatro) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

Categoria de plano	Código da ANS
Unimed Alfa 2 (0114)	470.454/14-1
Unimed Beta 2 (0114)	470.459/14-2
Unimed Delta 2 (0114)	470.458/14-4
Unimed Ômega Plus (0114)	470.457/14-6

Atenção

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores cooperados e credenciados pela Unimed Rio, que acompanha este Manual, bem como pela sua acomodação em caso de internação. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

A REDE DE MÉDICOS COOPERADOS DA UNIMED RIO, BEM COMO A REDE DOS PRESTADORES CREDENCIADOS E AS DEMAIS COOPERATIVAS QUE INTEGRAM O SISTEMA NACIONAL UNIMED, OFERECERÃO ATENDIMENTO, TANTO PARA PROCEDIMENTOS DE ROTINA (CONSULTAS E EXAMES, INTERNAÇÕES E DEMAIS TRATAMENTOS) QUANTO PARA URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, OBSERVADAS AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DE CADA PLANO, CONFORME INDICADO A SEGUIR NESTE CAPÍTULO, BEM COMO NO “ANEXO” REFERENTE À SUA CATEGORIA DE PLANO.

3.1. O SISTEMA NACIONAL UNIMED

É o conjunto de todas as cooperativas de trabalho médico Unimed, Pessoas Jurídicas entre si, com autonomia administrativa, comercial e financeira. Conheça a seguir o *kit* do beneficiário e veja como proceder em cada situação de atendimento.

Kit do beneficiário

Para utilizar corretamente o Sistema Nacional Unimed, tenha sempre em mãos o *Guia Médico* e o *Guia Odontológico* (quando contratado) da Unimed Rio e o seu cartão de identificação personalizado.

Guia Médico

São fornecidos ao beneficiário titular um exemplar do *Guia Médico* e um do *Guia Odontológico* (quando contratado) da Unimed Rio, ambos de responsabilidade da Operadora, dos quais constam os serviços médicos e odontológicos credenciados pela Operadora em sua área de abrangência.

O *Guia Médico* e o *Guia Odontológico* (quando contratado) podem ser consultados no site da Unimed Rio: **www.unimedrio.com.br**.



Imagem meramente ilustrativa.

Formas de utilização do plano de saúde

Cartão de identificação

Além do *Guia Médico* e do *Guia Odontológico* (quando contratado), a Unimed Rio disponibilizará ao beneficiário um cartão de identificação personalizado, que facilita o acesso aos serviços do Sistema Nacional Unimed. O cartão é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual.

O beneficiário deve observar sempre a data de validade informada no cartão de identificação, pois esta indica quando deverá ser feita sua renovação.

3.1.1 ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DOS PLANOS

Os beneficiários inscritos neste plano de saúde receberão atendimento dentro do território nacional, sendo a assistência médica e hospitalar prestada por meio das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, da seguinte forma:

- A. se estiverem no município de Duque de Caxias e no município do Rio de Janeiro, os beneficiários serão atendidos diretamente pela Unimed Rio, por meio de seus médicos cooperados e da sua rede credenciada de hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros;
- B. se estiverem nos demais municípios do território brasileiro, serão atendidos por uma das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, sempre em conformidade com os respectivos recursos técnicos de que disponha para fazê-lo. Nesse caso, o beneficiário deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 24 Horas da Unimed Rio (*Contact Center*), que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento.



Imagem meramente ilustrativa.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

3.1.2. A UNIMED RIO DESENVOLVERÁ PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS, BUSCANDO AO MESMO TEMPO MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA E REDUZIR O CUSTO DO ATENDIMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS, TAIS COMO DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DIABETES.

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

3.1.3. OS ATENDIMENTOS MÉDICOS SERÃO EXECUTADOS EXCLUSIVAMENTE POR MÉDICO COOPERADO, EXCETO NOS CASOS DE REEMBOLSO DE DESPESAS ASSISTENCIAIS EXPRESSAMENTE PREVISTOS NESTE MANUAL. OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS (QUANDO CONTRATADOS) SERÃO EXECUTADOS EXCLUSIVAMENTE PELA REDE ASSISTENCIAL CONTRATADA, EXCETO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM QUE HOUVER A IMPOSSIBILIDADE DE UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA OU CONTRATADA. OS SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS, TRATAMENTO E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS PODEM SER SOLICITADOS PELO MÉDICO ASSISTENTE OU CIRURGIÃO-DENTISTA, NÃO HAVENDO RESTRIÇÃO SOMENTE AOS COOPERADOS.

3.1.4. COMO REALIZAR CONSULTAS

1. Consulte o *Guia Médico* ou o *Guia Odontológico* (quando contratado) da Unimed Rio e escolha o prestador cooperado ou credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano;
2. Ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
3. No dia marcado, dirija-se ao local de atendimento, munido de seu cartão de identificação válido Unimed Rio e de sua cédula de identidade (RG).

Formas de utilização do plano de saúde

Atenção

As consultas nos municípios de Duque de Caxias e do Rio de Janeiro serão prestadas única e exclusivamente por médicos cooperados da Unimed Rio. Quando realizadas dentro das áreas de ação das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, as consultas serão prestadas pelos médicos cooperados pertencentes a essas cooperativas, observando-se o previsto na abrangência geográfica do plano contratado.

3.1.5. COMO REALIZAR EXAMES

1. Consulte o *Guia Médico* da Unimed Rio e escolha o laboratório credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano;
 2. Tendo em mãos a solicitação do prestador cooperado ou credenciado, preenchida em formulário próprio, solicite a validação prévia da Operadora para a realização do procedimento, informando o local onde será feito o exame. Caso a solicitação tenha sido feita por médico particular ou médico do serviço público, entre em contato com a Central de Atendimento 24 Horas da Unimed Rio (*Contact Center*), para receber instruções de como proceder;
 3. No dia marcado, dirija-se ao local do atendimento, munido da solicitação médica validada para os exames, além de seu cartão de identificação válido Unimed Rio e de sua cédula de identidade (RG).
-

Atenção

Todos os exames, tratamentos e procedimentos relacionados a seguir, no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual, somente serão realizados mediante pedido por escrito do médico assistente cooperado, sendo que os exames, procedimentos e tratamentos especializados exigem validação prévia da Unimed Rio. Beneficiários que estejam fora da área de atuação da Unimed Rio podem solicitar validação prévia através da Unimed da cidade ou da região em que estiverem. Para conhecer as regras gerais de validação prévia de exames, consulte o item 7.1. (“Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia”) deste Manual.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

3.1.6. COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

A validação pode ser obtida através da própria Unimed Rio. Beneficiários que estejam fora da área de atuação da Unimed Rio podem solicitar validação através da Unimed da cidade ou da região em que estiverem.

1. Junto com o seu médico, escolha o hospital credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano. Definido o hospital, o médico cooperado entregará a você a solicitação de internação, transcrita em formulário próprio da Unimed Rio, justificando a necessidade da internação;
2. Entregue a solicitação diretamente à Unimed Rio, ou através da Unimed local em que você se encontre, para obter a senha de internação. Quando a senha for liberada, você receberá a guia de internação da Unimed Rio expedida à unidade hospitalar e contendo o prazo de internação;
3. No dia marcado, dirija-se ao hospital, munido da guia de internação e também de seu cartão de identificação válido Unimed Rio e de sua cédula de identidade (RG).
4. Caso seja indicado prorrogar o prazo de internação já autorizado, deverá ser apresentada à Unimed Rio uma solicitação de prorrogação preenchida pelo médico assistente, justificando sua necessidade.

Atenção

Todas as internações e/ou cirurgias dependem da validação prévia da Unimed Rio.

3.1.7. COMO OBTER ATENDIMENTO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

1. Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado mais próximo disponível para o seu plano. Para auxílio, consulte o *Guia Médico* da Unimed Rio;
2. Dirija-se ao local do atendimento, munido de seu cartão de identificação válido Unimed Rio e de sua cédula de identidade (RG). Mantenha o seu cartão de identificação sempre com você.

No caso de internação de urgência ou emergência, a validação deverá ser solicitada até, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após o atendimento.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

Atenção

Quando o atendimento aos beneficiários for realizado pelas cooperativas pertencentes ao Sistema Nacional Unimed, o beneficiário deve respeitar as regras operacionais e de atendimento da Unimed da localidade.

3.2. ATENDIMENTO PARA URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, FORA DO SISTEMA NACIONAL UNIMED

No caso de urgência ou emergência comprovada, ocorrida em localidades onde não existam prestadores do Sistema Nacional Unimed, o beneficiário poderá utilizar o atendimento de prestadores locais, não pertencentes ao Sistema Nacional Unimed, solicitando posteriormente, após pagar pelo atendimento, o reembolso de despesas, de acordo com as condições e limites do plano contratado e o valor da Unidade de Serviço (US) vigente na data de evento. Veja como proceder:

1. Mediante a necessidade do atendimento para urgência ou emergência, verifique se a localidade em que você estiver não possui nenhum prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed;
2. Caso efetivamente a localidade não possua um prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed, dirija-se ao prestador local de sua preferência para que o atendimento seja realizado;
3. Pague pelos serviços e solicite um relatório médico que justifique o atendimento, bem como os recibos e/ou notas fiscais quitadas, no original, com a discriminação de cada um dos procedimentos realizados;
4. Para solicitar o reembolso, entre em contato com a Unimed Rio.

Atenção

Para saber mais informações sobre reembolso, veja o subitem 4.7.1. ("Reembolso de despesas médicas e hospitalares exclusivamente em casos de urgência e emergência") deste Manual.

Coberturas e procedimentos garantidos

ESTÃO COBERTOS TODOS OS PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), PARA A SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESTABELECIDADA NO CONTRATO, INDEPENDENTEMENTE DA CIRCUNSTÂNCIA E DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, PARA TODAS AS DOENÇAS DA *CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE* (CID-10), DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).

4.1. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Estão assegurados, exclusivamente, os atendimentos nas especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), para consultas médicas, exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, inclusive cirurgia de pequeno porte, solicitados pelo médico assistente.

4.1.1. CONSULTAS

As consultas, quando necessárias, estão garantidas:

- em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal;
- com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, e nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento; e
- para psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.1.2. EXAMES COMPLEMENTARES, PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS

Está garantida a cobertura dos itens relacionados a seguir, após o cumprimento das carências estabelecidas neste Manual e das Coberturas parciais temporárias (CPT), que tenham sido aplicadas:

- exames complementares, procedimentos e tratamentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, como pertencentes à segmentação ambulatorial;
- cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistentes devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade de atendimento para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais, ou seja, aqueles que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares, desde que estejam descritos como pertencentes à segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, desde que estejam descritas como pertencentes à segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- radioterapia (megavoltagem, cobalterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);

Coberturas e procedimentos garantidos

- hemoterapia ambulatorial;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, podendo ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões;
- medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento; e
- medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, respeitando preferencialmente medicamentos genéricos e fracionados, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento.

4.2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

- internações hospitalares, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, inclusive dietética, para o beneficiário internado;
- internações necessárias para atendimento de urgências e emergências;

Coberturas e procedimentos garantidos

- acomodação e alimentação necessárias à permanência de 1 (um) acompanhante do beneficiário internado, menor de 18 (dezoito) anos de idade ou maior de 60 (sessenta) anos, assim como os portadores de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente;
- exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- toda e qualquer taxa referente à assistência médica e hospitalar, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado e em território brasileiro;
- transplante de rim, de córnea e de medula óssea autóloga ou heteróloga (alógena), bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos. Entende-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:
 - I – as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - II – os medicamentos utilizados durante a internação;
 - III – o acompanhamento clínico em todo pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos ao transplante, exceto medicamentos de manutenção;
 - IV – as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);

Coberturas e procedimentos garantidos

- os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador-cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e estarão sujeitos ao critério de fila única de espera e de seleção. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), integrantes do Sistema Nacional de Transplante (SNT), não havendo por parte da Unimed Rio qualquer ingerência sobre a referida fila única;
- estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, devendo o cirurgião-dentista e/ou médico assistente avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - hemodiálise, diálise peritoneal (CAPD);

Coberturas e procedimentos garantidos

- quimioterapia oncológica ambulatorial, aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via da administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde (US), tais como hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
 - procedimentos radioterápicos;
 - hemoterapia;
 - nutrição parenteral ou enteral;
 - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - embolizações;
 - radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - procedimentos de fisioterapia;
 - procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento; e
 - o acompanhamento clínico em todo período pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos ao transplante, exceto medicamentos de manutenção.
- próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e que estejam devidamente certificadas e registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), observado o disposto no capítulo 6 (“Exclusões de cobertura”) deste Manual.

Coberturas e procedimentos garantidos

- cirurgia plástica reparadora, entendida como aquela que visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, desde que o procedimento cirúrgico esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, aí incluída a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- atendimento por outros profissionais de saúde de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- oxigenoterapia hiperbárica, na forma indicada nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;
- implante de Dispositivo Intrauterino (DIU), incluindo o dispositivo;
- laqueadura tubária e laqueadura tubária laparoscópica em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos cumulativamente os seguintes critérios: (i) mulheres com capacidade civil plena; (ii) maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou com, pelo menos, 2 (dois) filhos vivos; (iii) seja observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações; (iv) seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; (v) em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado; e (vi) toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde (SUS);
- vasectomia, quando preenchidos todos os seguintes critérios: (i) homens com capacidade civil plena; (ii) maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou com, pelo menos, 2 (dois) filhos vivos; (iii) seja observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações; (iv) seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais,

Coberturas e procedimentos garantidos

dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; (v) em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado; (vi) o procedimento cirúrgico deve ser devidamente registrado em prontuário e será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la; (vii) seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão; e (viii) avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente.

Atenção

A esterilização cirúrgica, laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, em pessoas absolutamente incapazes, somente poderão ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

- Não será considerada a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia), durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.
- Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, de acordo com o plano contratado.
- Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, têm assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.
- O atendimento por um ou mais especialistas está assegurado durante a internação hospitalar, desde que a necessidade desse atendimento seja justificada pelo médico assistente.

Coberturas e procedimentos garantidos

Atenção

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

Será garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, no caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados.

4.3. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA

- A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
- Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, serão cobertos.
- Está garantida a cobertura de atendimento em hospital-dia psiquiátrico, na forma indicada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.
- Entende-se hospital-dia psiquiátrico como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.4. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Estão garantidos os seguintes atendimentos médicos e hospitalares relacionados a seguir:

- atendimentos obstétricos relacionados à gestação e partos normais, cesarianas e complicações da gestação, abortamentos, exclusivamente quando observada a legislação em vigor, bem como despesas de berçário;
- procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério;
- cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraindicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias quando indicado pelo médico assistente;
- cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu(s) beneficiário(s) dependente(s), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

4.5. ATENDIMENTO PARA ACIDENTE DE TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

Estão garantidos os atendimentos médicos, hospitalares e odontológicos (quando contratados) relacionados a acidentes de trabalho e à saúde ocupacional, bem como suas consequências, observando-se em relação a esta última as exclusões previstas no capítulo 6 (“Exclusões de cobertura”).

Nos casos de acidente de trabalho, o empregador permanece responsável pelas formalidades legais necessárias à comunicação do evento às repartições previdenciárias próprias, para efeito do cumprimento das normas vigentes.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.6. REMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Está garantida a remoção terrestre do beneficiário, motivada por atendimento assegurado, desde que a remoção seja justificada pelo médico assistente e previamente validada pela Unimed Rio, quando for:

- A. realizada entre estabelecimentos hospitalares pertencentes à rede própria ou credenciada da Unimed Rio, situados dentro dos municípios de Duque de Caxias e do Rio de Janeiro e dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed; ou
- B. realizada, em casos de urgência e emergência, de um estabelecimento hospitalar para outro pertencente à rede própria ou credenciada da Unimed Rio, situados dentro dos municípios de Duque de Caxias e do Rio de Janeiro e dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Nacional Unimed, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

Atenção

Não serão cobertas despesas de remoção sem a prévia e expressa validação da Unimed Rio.

4.7. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

Conforme previsto no artigo 35-C da Lei n.º 9.656/98, definem-se:

Urgência: situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Emergência: situações que impliquem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizadas em declaração do médico assistente.

Os casos de urgência e emergência, conforme definidos acima, ocorridos antes ou durante o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, contados do início de vigência do benefício, não terão direito às coberturas assistenciais em hipótese alguma. Cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, contados do início de vigência do benefício, os casos de urgência e emergência terão atendimento

Coberturas e procedimentos garantidos

assistencial conforme as regras previstas neste item, observando-se os prazos de carência específicos para cada um dos procedimentos.

Os casos de emergência, ocorridos durante os períodos de carência descritos neste Manual, terão cobertura em regime ambulatorial durante as 12 (doze) primeiras horas ou, por prazo inferior, caso haja necessidade de internação.

Os casos de urgência relativos ao processo gestacional, ocorridos durante os períodos de carência descritos neste Manual, terão cobertura em regime ambulatorial durante as primeiras 12 (doze) horas ou, por prazo inferior, caso haja necessidade de internação.

Os casos de atendimento de urgência e de emergência decorrentes de doença ou lesão preexistente quando em Cobertura parcial temporária (CPT) e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) estritamente relacionados às Doenças e lesões preexistentes (DLP) terão cobertura durante as primeiras 12 (doze) horas ou, por prazo inferior, caso haja necessidade de internação.

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

Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termos de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a Unimed Rio desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

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

Serão garantidos os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do benefício.

Após cumpridas as carências e a CPT, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

Atenção

Para todos os itens deste capítulo, deverão ser observadas as carências descritas no capítulo 8 (“Carências”) deste Manual. Para Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados a Doenças ou lesões preexistentes (DLP) informadas na Declaração de Saúde, deverá ser observado o capítulo 9 (“Cobertura parcial temporária”) deste Manual.

4.7.1. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES EXCLUSIVAMENTE EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Unimed Rio assegurará o reembolso de despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo beneficiário em casos de urgência e emergência, exclusivamente quando não for possível a utilização da assistência própria ou contratada pelo Sistema Nacional Unimed, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo plano contratado, o valor expresso na Tabela de Referência da Assistência Médica, Hospitalar e Obstétrica, as carências contratuais, as Coberturas parciais temporárias (CPT) e o custo dos atendimentos.

O reembolso referido será feito com a apresentação dos documentos originais previstos a seguir, tomando-se como base os valores constantes da Tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar da Unimed Rio vigente na data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos documentos originais.

Coberturas e procedimentos garantidos

Para fins de realização do reembolso, será exigida a apresentação dos seguintes documentos originais:

- A. Relatório do médico assistente, constando: nome do paciente beneficiário, justificativa para o atendimento de urgência ou emergência, tratamento efetuado, data do atendimento e tempo de permanência no hospital e datas de internação e alta hospitalar, quando for o caso;
- B. Conta hospitalar, discriminando materiais e medicamentos utilizados e preço por unidade, juntamente com Notas Fiscais devidamente quitadas, ou recibos do estabelecimento hospitalar;
- C. Recibo de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros profissionais, discriminando funções e o evento a que se referem; e
- D. Comprovantes relativos aos exames e serviços complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido do médico assistente.

PRAZO PARA REEMBOLSO

- O reembolso será efetuado diretamente ao beneficiário titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais relacionados anteriormente.
 - A Operadora manterá em seu poder os recibos e Notas Fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.
 - O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário pelas respectivas despesas.
 - O valor do reembolso, nas urgências e emergências, não será inferior ao praticado pela Operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.
 - O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 12 (doze) meses, a contar da data da realização dos eventos cobertos e exclusivamente em casos de urgência e emergência.
-

Coberturas e procedimentos garantidos

COMO SOLICITAR REEMBOLSO

Para solicitar o reembolso, compareça em uma das Lojas de Relacionamento da Unimed Rio listadas a seguir no item “Lojas de Relacionamento da Unimed Rio”, neste mesmo capítulo.

A importância a ser reembolsada, exclusivamente pela Operadora, será depositada na conta-corrente informada, para esse fim, no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. O titular da conta-corrente fornecida deve ser necessariamente o beneficiário titular do plano contratado.

LOJAS DE RELACIONAMENTO DA UNIMED RIO*

*Fonte: Unimed Rio. Informações sujeitas a alteração. Junho/2013.

Para solicitar o reembolso de despesas médico-hospitalares em caso de atendimento de urgência ou emergência ocorrido fora da rede credenciada do Sistema Nacional Unimed, bem como para outros serviços referentes ao uso deste benefício, conte com as seguintes Lojas de Relacionamento da Unimed Rio no Rio de Janeiro:

BARRA DA TIJUCA

Av. Armando Lombardi, 400, loja 103

CAXIAS

Shopping Unigranrio

Rua Prof. José de Souza Herdy, 1216 – Loja 245

CENTRO

Rua do Ouvidor, 161 – sobreloja

COPACABANA

Rua Bolívar, 125

As Lojas de Relacionamento estão abertas das 8h30 às 18h00, de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

Atenção

A Unimed Rio não se responsabiliza pelo reembolso de nenhum serviço utilizado fora daqueles pertinentes ao contrato coletivo e adequados ao plano em que estiver inscrito o beneficiário, quer os serviços sejam de natureza médica e hospitalar, quer sejam exames complementares e serviços auxiliares de diagnose.

Central de Atendimento 24 Horas da Unimed Rio (*Contact Center*)

0800-702-8900

Canal exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: **0800-286-0234**

05. Cobertura de saúde adicional

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI N.º 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE A SEGUINTE COBERTURA DE SAÚDE ADICIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

5.1. ESCLEROTERAPIA

Escleroterapia ou tratamento esclerosante de varizes (técnica destinada à secagem de microvarizes ou pequenas dilatações simples ou agrupadas, de tratamento não cirúrgico): limitada a 10 (dez) sessões por beneficiário, por ano de vigência do contrato do beneficiário, não cumulativas.

Atenção

O procedimento descrito neste capítulo somente será realizado mediante pedido por escrito do médico cooperado e está sujeito a liberação mediante critérios técnicos, estabelecidos na legislação específica. Para saber o prazo de carência para realização deste procedimento, veja o capítulo 8 (“Carências”) deste Manual.

06.

Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTES PLANO DE SAÚDE COLETIVO AS DESPESAS A SEGUIR RELACIONADAS:*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

- 6.1. Atendimentos domiciliares e enfermagem particular, independentemente das condições do beneficiário;
- 6.2. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;
- 6.3. Atendimentos em casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente;
- 6.4. Atendimentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da relação contratual individual ou do cumprimento das carências previstas no capítulo 8 (“Carências”) deste Manual;
- 6.5. Atendimentos médicos e hospitalares prestados por médicos não cooperados ou outros profissionais de saúde não credenciados da Unimed Rio ou do Sistema Nacional Unimed ou, ainda, de entidades não contratadas por estes, salvo o disposto para os casos de reembolso de despesas médicas e hospitalares previstos neste Manual;
- 6.6. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

06.

Exclusões de cobertura

- 6.7. Fornecimento de medicamentos, próteses, órteses e seus acessórios e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 6.8. Fornecimento de vacinas;
- 6.9. Cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 6.10. Despesas com acompanhante, com exceção às previstas neste Manual;
- 6.11. Despesas extraordinárias do beneficiário, estas entendidas como telefonia, TV e internet, artigos de toalete, frigobar, perfumaria, embelezamento, restaurante, lanchonete, estacionamento e atividades para fins estéticos;
- 6.12. Inseminação artificial;
- 6.13. Necropsia;
- 6.14. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, assim entendido como todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- 6.15. Remoção, ressalvados os casos expressamente previstos neste Manual;
- 6.16. Qualquer outro tratamento, exame ou procedimento não constante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, bem como aqueles que estejam em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;
- 6.17. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

06.

Exclusões de cobertura

- 6.18. Tratamento em estância hidromineral, clínicas de emagrecimento, spas, emagrecimento com finalidade estética, rejuvenescimento, clínicas de repouso (inclusive para acolhimento de idosos) ou, ainda, internações e tratamentos em ambiente hospitalar e que não sejam decorrentes de indicação médica;
- 6.19. Procedimentos, exames, atendimentos ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência contratada;
- 6.20. Procedimentos de vasectomia e laqueadura tubária nos seguintes casos:
- Esterilização cirúrgica em mulheres durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores; e
 - Esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização.
- 6.21. Internações que não necessitem cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 6.22. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC);
- 6.23. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época de sua utilização ou em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;

06.

Exclusões de cobertura

- 6.24. Na hipótese de contratação de planos de assistência odontológica: todos os procedimentos das especialidades de ortodontia, implantodontia e de prótese dental, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, ou em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento; e atendimentos odontológicos prestados por cirurgia-dentista não pertencente à rede contratada, salvo nos casos de reembolso expressamente previstos neste Manual;
- 6.25. Exames clínicos e complementares, de caráter admissional, demissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho, e outros decorrentes do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), objeto da Norma Regulamentadora n.º 07, da Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho, do Ministério do Trabalho, inclusive o desenvolvimento do PCMSO.
- 6.26. Todos os procedimentos da especialidade de prótese dental não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS ou em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;
- 6.27. Todos os procedimentos da especialidade de implantodontia, inclusive implantes dentários osteointegráveis e transplantes autógenos dentários; e
- 6.28. Todos os procedimentos da especialidade de ortodontia, nesta incluso documentação, instalação e manutenção mensal de aparelhagem fixa ou móvel.

Validação prévia de procedimentos

A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS SOLICITADOS POR MÉDICO COOPERADO E OS SERVIÇOS RELACIONADOS A SEGUIR DEPENDERÃO DE VALIDAÇÃO PRÉVIA DA UNIMED RIO.

7.1. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Todos os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia necessitarão de validação prévia.

Todo e qualquer exame ou procedimento médico somente será realizado por prestadores credenciados mediante solicitação por escrito do médico assistente, exceto nos casos de urgência e emergência previstos neste Manual.

7.2. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Todos os procedimentos ambulatoriais necessitarão de validação prévia.

7.3. INTERNAÇÕES ELETIVAS

Internações eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas deverão ter validação prévia da Unimed Rio.

A internação hospitalar será providenciada através do Pedido de Internação preenchido pelo médico assistente, justificando sua necessidade, e da Guia de Internação expedida à Unidade Hospitalar, quando autorizada pela Unimed Rio ou pela cooperativa integrante do Sistema Nacional Unimed que vier a prestar o atendimento, contendo o prazo de internação.

Caso seja indicado prorrogar o prazo de internação já autorizado, deverá ser apresentada à Unimed Rio uma Solicitação de Prorrogação preenchida pelo médico assistente, justificando sua necessidade.

Validação prévia de procedimentos

7.4. REMOÇÕES

Não serão cobertas despesas de remoção sem a prévia e expressa validação da Unimed Rio.

Atenção

A resposta à solicitação de autorização prévia será dada no prazo máximo de 1 (um) dia útil ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

As consultas não necessitarão de autorização prévia.

Em caso de dúvida quanto à necessidade de autorização prévia para exames, tratamentos ou procedimentos, entre em contato com a Central de Atendimento 24 Horas (*Contact Center*) da Unimed Rio.

Como solicitar validação prévia

Entre em contato com a Central de Atendimento 24 Horas da Unimed Rio (*Contact Center*):

0800-702-8900

Canal exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: **0800-286-0234**

08.

Carências

CARÊNCIAS SÃO OS PERÍODOS NOS QUAIS O BENEFICIÁRIO TITULAR E SEUS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, MESMO QUE EM DIA COM O PAGAMENTO DO BENEFÍCIO, NÃO TERÃO DIREITO A DETERMINADAS COBERTURAS.*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Unimed Rio e a Qualicorp.*

8.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

O beneficiário titular e seus beneficiários dependentes deverão cumprir os prazos de carência indicados na tabela a seguir, e que são contados a partir do início da vigência do benefício.

O cumprimento dos prazos de carência indicados na tabela a seguir só não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem nos casos de redução ou isenção de carências. A propósito desses casos, ver a seguir, neste mesmo capítulo, os itens 8.1.1. (“Redução dos prazos de carência”) e 8.1.2. (“Isenção dos prazos de carência”).

Item	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	Carências contratuais
A	Atendimentos de urgência e emergência.	24 (vinte e quatro) horas
B	Consultas médicas; exames de análises clínicas e histocitopatológicos, exceto os constantes dos itens subsequentes; exames radiológicos simples sem contraste; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos, exceto videolaringoestroboscopia computadorizada; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inaloterapia e provas funcionais respiratórias.	30 (trinta) dias

08.

Carências

Item	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	Carências contratuais
C	Procedimentos cirúrgicos de porte anestésico 0 (zero) realizados em consultório; densitometria óssea; monitorização ambulatorial da pressão arterial; endoscopias diagnósticas realizadas em consultório; exames e testes alergológicos; exames radiológicos com contraste, exceção feita aos constantes dos itens subsequentes; fisioterapia; eletrocardiografia dinâmica (<i>holter</i>); teste ergométrico; ultrassonografia, à exceção das constantes dos itens subsequentes; perfil biofísico fetal e tococardiografia.	90 (noventa) dias
D	Ultrassonografia morfológica; dopplerfluxometria e videolaringoestroboscopia computadorizada.	180 (cento e oitenta) dias
E	Ecocardiografia/ecodoppler; ultrassonografia com <i>doppler</i> .	180 (cento e oitenta) dias
F	Exames de análises clínicas pelo método de pesquisa P.C.R. e histocitopatológicos por histoquímica; hibridização molecular; e pesquisa de anticorpos anti-HTLV III (HIV) – <i>Western Blot</i> .	180 (cento e oitenta) dias
G	Eletroencefalograma prolongado; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletromiografia e eletroneuromiografia.	180 (cento e oitenta) dias
H	Medicina nuclear; cintilografia; mielografia; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; acupuntura; Tilt Teste; litotripsia; angiotomografia coronariana; tomografia de coerência óptica e <i>pet-scan</i> oncológico.	180 (cento e oitenta) dias

08.

Carências

Item	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	Carências contratuais
I	Exames diagnósticos e/ou cirurgias por vídeo; endoscopias que não possam ser realizadas em consultório; laparoscopia diagnóstica e terapêutica; terapia renal substitutiva; internações clínicas ou cirúrgicas; exames e acompanhamentos intraoperatórios; transplante de rim e córneas e de medula óssea autóloga ou heteróloga (alogênica); genética molecular; citogenética; internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos e quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química; sessões de psicoterapia; consultas e sessões com: nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo; cirurgias bariátrica, cardíaca e refrativa (correção de miopia e hipermetropia, com ou sem astigmatismo) e o fornecimento das suas respectivas órteses e próteses; quimioterapia; radioterapia; transfusão de sangue e hemoderivados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; neurorradiologia; radiologia intervencionista; oxigenoterapia hiperbárica; radiocirurgia; assistência odontológica (quando contratada); terapia imunobiológica intravenosa; tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico; estudo ultrassonográfico intravascular; implante coclear; tratamento esclerosante de varizes e todos os demais atendimentos médicos não elencados nesta tabela de carências.	180 (cento e oitenta) dias

08.

Carências

Item	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	Carências contratuais
J	Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer; radioablação / termoablação de tumores hepáticos no câncer primário de fígado; tratamento de tumores neuroendócrinos; radioterapia com modulação da intensidade do feixe (IMRT) para tumores da região da cabeça e pescoço; lobectomia pulmonar por videotoracoscopia; piloroplastia por videolaparoscopia; colecistojunostomia por videolaparoscopia; colecistostomia por videolaparoscopia; coledocotomia ou coledocostomia com ou sem colecistectomia por videolaparoscopia; enucleação de metástases hepáticas por videolaparoscopia; punção hepática para drenagem de abscessos por videolaparoscopia; ressecção de cisto hepático com ou sem hepatectomia por videolaparoscopia; nefrectomia laparoscópica; nefroureterectomia com ressecção vesical laparoscópica; pielolitotomia laparoscópica; pieloplastia laparoscópica; ureteroureterostomia laparoscópica; cistectomia laparoscópica (inclui próstata ou útero); histerectomia subtotal laparoscópica com ou sem anexectomia; histerectomia total laparoscópica; histerectomia total laparoscópica ampliada; histerectomia total laparoscópica com anexectomia; endometriose - tratamento cirúrgico via laparoscópica; liberação laparoscópica de aderências pélvicas, com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingolise; gravidez ectópica - cirurgia por videolaparoscopia; colagem de fístula por via endoscópica; ligamentopexia pélvica laparoscópica; omentectomia laparoscópica; ressecção ou ligadura laparoscópica de varizes pélvicas; secção laparoscópica de ligamentos útero-sacros; nefropexia laparoscópica; ultrassonografia – peça cirúrgica; espectroscopia por ressonância magnética; rizotomia percutânea por radiofrequência; incontinência urinária - tratamento cirúrgico sling ou esfíncter artificial.	180 (cento e oitenta) dias

08.

Carências

Item	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	Carências contratuais
K	Parto a termo.	300 (trezentos) dias

- Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência deste plano de saúde terão sua continuidade assegurada desde que o pagamento do valor mensal do benefício, até então devido, seja efetuado até a data do respectivo vencimento, conforme descrito no capítulo 11 (“Pagamento”) deste Manual.
- O cônjuge ou companheiro(a) incluído(a) no plano de saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do casamento ou da união estável, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular.
- O filho recém-nascido, natural ou adotivo, do beneficiário titular, desde que incluído no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do nascimento ou da adoção, não terá a aplicação de nenhum tipo de carência e nem de Coberturas parciais temporárias (CPT).
- Os filhos de até 12 (doze) anos de idade, adotados durante a vigência do benefício, terão aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante, sendo também dispensados da aplicação de Coberturas parciais temporárias (CPT), desde que incluídos no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da adoção.

8.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 8.1. (“Prazos de carência”) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa possibilidade se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este plano de saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Unimed Rio no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). Salienta-se que a possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível

08. Carências

a essa redução, e que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

Os proponentes que, após a análise e aprovação da Unimed Rio, forem contemplados com prazos de carência reduzidos deverão respeitar os prazos indicados no referido “Aditivo de Redução de Carências”, que são definidos pela Operadora de acordo com a sua política comercial. Os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas no referido aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no item 8.1. (“Prazos de carência”) deste Manual.

8.1.2. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, poderá ser concedida a isenção dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 8.1. (“Prazos de carência”) deste Manual. Salienta-se que essa possibilidade se dará exclusivamente para novos beneficiários que se enquadrem, comprovadamente, nos seguintes casos:

- A. Beneficiários que aderirem ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do ingresso da sua Entidade, indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), no contrato coletivo de plano de saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Rio.
- B. Beneficiários que se vincularem à sua Entidade após ter decorrido o prazo referido na letra “A”, acima, e que formalizarem sua proposta de adesão ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data de ingresso da Entidade no referido contrato coletivo.

09.

Cobertura parcial temporária

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

- O proponente deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, que acompanha o Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, ou a qualquer tempo, o conhecimento de Doenças ou lesões preexistentes (DLP) à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.
- O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede própria ou credenciada, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofrendor, no momento da contratação ao plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de alta complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura parcial temporária (CPT) e reserva-se o direito de não oferecer o agravado.

09.

Cobertura parcial temporária

- Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no benefício, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.
- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de Doença ou lesão preexistente (DLP) por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício;
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude. Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.
- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.

09.

Cobertura parcial temporária

- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de DLP, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Consideram-se Doenças ou lesões preexistentes (DLP) aquelas de que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4.º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa 162 (RN 162), e suas posteriores atualizações.

10. Alterações cadastrais

PARA REALIZAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSIVE O CANCELAMENTO DA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, É NECESSÁRIA SOLICITAÇÃO POR ESCRITO ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR E ENCAMINHADA À QUALICORP, QUE DEVERÁ RECEBÊ-LA ACOMPANHADA DE TODOS OS DOCUMENTOS INDICADOS, CONFORME AS ORIENTAÇÕES E OS PRAZOS APRESENTADOS, A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

10.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Casamento;
- C. cópia do RG e do CPF do cônjuge;
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

10.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. Declaração de União Estável lavrada em cartório, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- C. cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG, apresentar cópia do PIS/PASEP;

10. Alterações cadastrais

- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

10.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Caso o(a) recém-nascido(a) seja incluído(a) no plano de saúde após 30 (trinta) dias da data do nascimento, será necessário o preenchimento da Carta de Orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp).

10.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) DE QUALQUER IDADE:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de filhos(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF.

10.

Alterações cadastrais

10.5. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) INVÁLIDOS(AS) DE QUALQUER IDADE:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de filhos(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF.

10.6. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) DE QUALQUER IDADE:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar a cópia do PIS/PASEP;
- F. cópia da Certidão de Óbito de um dos genitores ou Declaração Judicial de Ausência;
- G. cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável lavrada em cartório, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);

10. Alterações cadastrais

- H. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de enteado(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF.

10.7. INCLUSÃO DE MENOR SOB GUARDA OU TUTELA DO BENEFICIÁRIO TITULAR:*

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. cópia da tutela ou termo de guarda expedido por órgão oficial;
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

** Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, podendo ser solicitada documentação complementar (ver o item 2.1.2., "Quem pode ser beneficiário dependente", deste Manual).*

10.8. INCLUSÃO DE NETOS(AS):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

10.

Alterações cadastrais

- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de neto(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF.

10.9. INCLUSÃO DE BISNETOS(AS):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do RG do avô ou da avó;
- E. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- F. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de bisneto(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF.

10.10. INCLUSÃO DE NORAS E/OU GENROS:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia do RG e do CPF;
- C. cópia da Certidão de Casamento ou cópia de Declaração de União Estável lavrada em cartório, com os nomes dos pais do casal ou cópia de Declaração de União Estável lavrada em cartório sem os nomes dos pais do casal e cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);

10. Alterações cadastrais

- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

10.11. EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários e/ou de quaisquer documentos que possibilitem a assistência contratada.

A exclusão do beneficiário titular acarretará, obrigatoriamente, a exclusão de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) inscrito(s) no contrato coletivo de plano de saúde.

10.12. ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO ETC.):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia de documento que comprove a alteração.

É de responsabilidade do beneficiário titular manter seu endereço e número(s) de telefone sempre atualizados.

10.13. ALTERAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO DO BENEFÍCIO VIA DÉBITO AUTOMÁTICO:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular, contendo o nome do correntista (necessariamente o beneficiário titular) e os números completos do banco, da agência e da conta-corrente (com dígito, se houver), além do CPF, endereço completo e telefone do correntista.

10.

Alterações cadastrais

10.14. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

Solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência do beneficiário titular acarretará a transferência dos seus beneficiários dependentes inscritos no benefício. Os beneficiários transferidos serão inscritos em outro benefício, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com número de registro próprio e distinto do benefício de origem. A transferência de plano poderá ser realizada a qualquer momento, desde que respeitadas as seguintes condições:

- A. quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou do tipo de acomodação para padrão superior, os beneficiários deverão cumprir carência de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, 300 (trezentos) dias para parto a termo e 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, ficando garantida, no entanto, a utilização da rede assistencial e/ou o tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência correspondente;
- B. quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou do tipo de acomodação para padrão inferior, o atendimento continuará sendo prestado sem interrupção, desde que a transferência seja realizada após 12 (doze) meses, contados a partir da última internação hospitalar do beneficiário a ser transferido, caso esta tenha ocorrido, e desde que o beneficiário não esteja cumprindo carências. Caso não tenha ocorrido nenhuma internação, a transferência poderá ser realizada a qualquer tempo, desde que o beneficiário já tenha cumprido o prazo de carência previsto no capítulo 8 (“Carências”), deste Manual.

Prazo para alterações cadastrais

Todas as alterações cadastrais descritas neste capítulo deverão ser apresentadas e protocoladas até o dia 18 (dezoito) de cada mês, ou no dia útil anterior, caso o dia 18 (dezoito) do mês não seja útil, para início de vigência no 1.º (primeiro) dia do mês seguinte. As alterações solicitadas entre o dia 19 (dezenove) e o último dia do mês terão vigência a partir do 2.º (segundo) mês subsequente.

10. Alterações cadastrais

Excetuam-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos, recém-adotados ou recém-casados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção, do casamento ou da união estável, respectivamente.

Salienta-se que, em todos os casos de alterações cadastrais, prevalecerá a data do efetivo recebimento da solicitação pela Qualicorp.

Como efetuar alterações cadastrais

A alteração cadastral deve ser solicitada por escrito à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp disponíveis em sua localidade, veja o primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

11.

Pagamento

O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO É FIXADO SEGUNDO OS VALORES ESPECÍFICOS DAS FAIXAS ETÁRIAS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, E INCLUI O VALOR REFERENTE À MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE NA UNIMED RIO E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

11.1. FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

O pagamento do valor mensal do benefício será efetuado de acordo com a opção indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, a saber:

Formas de pagamento*	Vencimento
Boleto bancário	Todo dia 10 (dez) de cada mês
Débito automático em conta-corrente, nos bancos conveniados ao sistema	Todo dia 10 (dez) de cada mês
Bilhete de pagamento	Conforme regras da Entidade

**A Qualicorp poderá, a seu critério, oferecer outras formas de pagamento.*

O beneficiário efetuará o pagamento do valor mensal do benefício à Qualicorp, ficando esta última responsável em liquidar a fatura do grupo beneficiário na Unimed Rio. A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

- A. Para os beneficiários titulares que possam consignar em bilhete de pagamento, o pagamento do valor mensal do benefício, incluindo os serviços e coberturas de saúde opcionais (quando contratados), será, preferencialmente, feito por meio de bilhete de pagamento.
- B. Para os demais beneficiários titulares que não possam consignar em bilhete de pagamento, o pagamento do valor mensal do benefício, incluindo os serviços e coberturas de saúde opcionais (quando contratados), será feito por meio de boleto bancário ou débito em conta-corrente.

11.

Pagamento

- C. Na hipótese de o beneficiário titular não possuir, no ato da contratação deste plano de saúde, margem consignável para efetuar o pagamento do valor mensal do benefício, incluindo os serviços e coberturas de saúde opcionais (quando contratados), o valor mensal será cobrado por meio de boleto bancário ou débito em conta-corrente, podendo este pagamento ser transferido para bilhete de pagamento tão logo o beneficiário titular passe a ter margem consignável.
- D. Na hipótese de o beneficiário titular perder, durante a vigência do contrato coletivo, margem consignável para o pagamento do valor mensal do benefício, incluindo os serviços e coberturas de saúde opcionais (quando contratados), a forma de pagamento do valor mensal será transferida de bilhete de pagamento para boleto bancário ou débito em conta-corrente. Nesse caso, o beneficiário titular deve permanecer nesta forma de pagamento durante 3 (três) meses, ou seja, deverá ter quitado 3 (três) valores mensais do benefício, incluindo os serviços e coberturas de saúde opcionais (quando contratados), na forma de boleto bancário ou débito em conta-corrente, para que então possa solicitar a alteração para bilhete de pagamento.

Caso o beneficiário titular não receba o boleto bancário para pagamento em até 5 (cinco) dias antes da data de vencimento, ele deverá providenciar junto à Qualicorp a emissão da 2ª via, realizando, no prazo, o pagamento do valor em questão, sob pena de sujeitar-se à multa e encargos moratórios.

11.2. COMO FUNCIONA O BILHETE DE PAGAMENTO

A Entidade debitará mensalmente, no bilhete de pagamento do beneficiário titular, a quantia correspondente ao valor mensal do benefício, incluindo os serviços e coberturas de saúde opcionais (quando contratados), e repassará em data acordada entre as partes este valor para a Qualicorp, que, por sua vez, quitará a fatura com a Operadora, conforme referido no item 11.1. ("Formas e datas de pagamento") deste capítulo.

11.

Pagamento

O recebimento do bilhete de pagamento indicando desconto do valor mensal do benefício, incluindo os serviços e coberturas de saúde opcionais (quando contratados), não significa que o valor foi efetivado corretamente. É de responsabilidade do beneficiário titular verificar se os descontos estão sendo realizados e se estão de acordo com os valores pactuados.

11.3. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta-corrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições definidas no item 11.5. (“Atraso e inadimplência”), a seguir, neste mesmo capítulo.

11.4. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

Para alterar a forma de pagamento, o beneficiário titular deverá solicitar a alteração, por escrito, à Qualicorp, fornecendo todas as informações necessárias (ver o item 10.13. “Alteração de dados bancários para pagamento do benefício via débito automático”) e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, “Alterações cadastrais”, deste Manual. Caso tais dados não sejam devidamente fornecidos até a data-limite, a alteração não será processada.

11.5. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

Uma vez que a Qualicorp garante as obrigações dos beneficiários constantes do contrato coletivo mantido com a Unimed Rio, nas condições estabelecidas, notadamente as pecuniárias, a eventual inadimplência do(s) beneficiário(s) pode inviabilizar o projeto idealizado, criado e implantado, com o seu respectivo objetivo e resultado final, em detrimento da coletividade à qual o(s) beneficiário(s) se vincula(m).

Para que isso não ocorra, a Qualicorp deverá ser ressarcida pelo(s) beneficiário(s), a título de multa compensatória, em 2% (dois por cento) das obrigações pecuniárias

11.

Pagamento

devidas, como indenização pelos seus custos e prejuízos sofridos, suportados e resultantes, seja da utilização de recursos próprios, comprometendo o seu capital de giro e os seus investimentos, seja da captação, junto ao mercado financeiro, dos recursos necessários à garantia da inadimplência do(s) beneficiário(s), a fim de, com isso, impedir a inviabilização deste projeto de plano de saúde coletivo por adesão, sem prejuízo dos juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o montante devido.

Além do exposto anteriormente, o atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao benefício, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia útil do mês subsequente da vigência não paga, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) do contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa, desde que o beneficiário titular seja informado sobre a inadimplência com pelo menos 5 (cinco) dias de antecedência da data de exclusão. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

Ocorrendo a exclusão do beneficiário por inadimplência, o retorno ao contrato coletivo dependerá da comprovação do seu vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) e da quitação dos débitos que provocaram o cancelamento, além de haver a obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais, independentemente do período anterior de permanência do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) no contrato coletivo. No caso de cancelamento do benefício, haverá a exclusão do beneficiário titular e a de seu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

11.

Pagamento

Atenção

No caso de inadimplência do valor mensal do benefício por período superior a 90 (noventa) dias, a contar da data de seu vencimento, a Administradora de Benefícios adotará medidas para a cobrança dos valores em atraso, acarretando, inclusive, o envio das informações do beneficiário titular, ou de seu responsável legal, aos órgãos de serviço de proteção ao crédito, mediante prévia comunicação, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor.

12. Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESAO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) AO CONTRATO COLETIVO, O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO SERÁ REAJUSTADO COM BASE NOS 3 (TRÊS) CASOS A SEGUIR, OU EM OUTRAS HIPÓTESES, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA. TAIS REAJUSTES PODERÃO OCORRER DE FORMA CUMULATIVA (PARCIAL OU TOTAL) OU ISOLADA.

Todos os casos de reajustes apresentados a seguir são precedidos de comunicação da Unimed Rio para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Unimed Rio.

Atenção

Independentemente das situações previstas neste capítulo, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, ressalvado o reajuste por mudança de faixa etária, cuja aplicação se fará conforme indicado no item 12.3. ("Reajuste por mudança de faixa etária") deste Manual.

12.1. REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro tomará como base a variação do IGP (Índice Geral de Preços — segmento saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas), ou outro índice que venha a substituí-lo, visando manter o equilíbrio financeiro do contrato coletivo em relação ao aumento dos custos médicos e hospitalares, aí incluídos novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento. Serão observados, ainda, a eventual criação de novos tributos e contribuições, ou quaisquer acréscimos ou decréscimos nos tributos ou contribuições já existentes, e que poderão alterar o valor dos preços proporcionalmente à sua efetiva incidência no período contratual, sem prejuízo da aplicação do reajuste por sinistralidade.

12.

Reajustes

Atenção

Os serviços opcionais (S.O.S. Unimed, Transporte Aeromédico e Unimed Viagem) e as coberturas de saúde opcionais deste contrato coletivo (Unimed Dental, Unimed Dental 2 e Unimed Dental Total), cujas condições estão dispostas nos capítulos 16 a 21 deste Manual, serão reajustados financeiramente pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar, salvo quando apresentarem em suas condições índices de variação específicos.

12.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do benefício. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento médico-hospitalar prestado aos beneficiários e coberto por este contrato coletivo, quer ele se dê em hospitais, clínicas, consultórios ou laboratórios.

Os valores do benefício serão avaliados periodicamente e poderão ser reajustados em função do índice de sinistralidade calculado até o término do período da apuração, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

A aplicação desse reajuste visa manter o equilíbrio técnico-atuarial do contrato coletivo, o que respeita o princípio do mutualismo que rege a contratação coletiva.

Atenção

O índice de sinistralidade está diretamente relacionado à utilização regular e adequada do plano de saúde (veja mais em “Use bem, use sempre”).

12.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Os valores mensais do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) e serão reajustados, automaticamente, no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados, a seguir:

12.

Reajustes

Faixa etária	Unimed Alfa 2 (0114)	Unimed Beta 2 (0114)	Unimed Delta 2 (0114)	Unimed Ômega Plus (0114)
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	17,41%	17,41%	17,41%	17,41%
De 24 a 28 anos	33,00%	33,00%	33,00%	33,00%
De 29 a 33 anos	14,98%	14,98%	14,98%	14,98%
De 34 a 38 anos	12,99%	12,99%	12,99%	12,99%
De 39 a 43 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 44 a 48 anos	2,17%	2,17%	2,17%	2,17%
De 49 a 53 anos	19,43%	19,43%	19,43%	19,43%
De 54 a 58 anos	39,56%	39,56%	39,56%	39,56%
59 anos ou mais	46,94%	46,94%	46,94%	46,94%

Atenção

A inexistência de reajuste por mudança de faixa etária a partir dos 60 (sessenta) anos de idade não inviabiliza nem prejudica a realização dos outros reajustes (financeiro e por índice de sinistralidade) previstos neste contrato coletivo.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

AS REGRAS PARA A SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO, BEM COMO PARA A EXCLUSÃO DA ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS (TITULAR E/OU DEPENDENTES) E PARA UMA NOVA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, ESTÃO INDICADAS A SEGUIR E OBSERVAM AS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

13.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a exclusão de sua própria adesão ao contrato coletivo, desde que faça uma solicitação, por escrito, que seja recebida pela Qualicorp.

A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se os prazos e as condições constantes do capítulo 10 (“Alterações cadastrais”) deste Manual.

13.2. CANCELAMENTO COMPULSÓRIO DA ADESÃO POR PERDA DA ELEGIBILIDADE

No caso da perda da elegibilidade do beneficiário titular durante a vigência do benefício, a Qualicorp notificará o fato ao beneficiário titular, informando o prazo máximo que ele e seu(s) beneficiário(s) dependente(s) terão para permanecer no benefício.

Atenção

Enquanto o beneficiário titular mantiver vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), o(s) beneficiário(s) dependente(s) gozará(ão) do benefício. A partir do momento em que não houver mais vínculo com a Entidade e o beneficiário titular for desligado do contrato coletivo, o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também será(ão) desligado(s).

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

13.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

O atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao plano de saúde, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos mencionados no item 11.5. (“Atraso e inadimplência”) deste Manual, observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

13.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia útil do mês subsequente da vigência não paga, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) do contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa, desde que o beneficiário titular seja informado sobre a inadimplência com pelo menos 5 (cinco) dias de antecedência da data de exclusão. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

Atenção

No caso da exclusão de dependente(s) ou da exclusão da adesão do próprio beneficiário titular, por qualquer motivo, os cartões de identificação do(s) beneficiário(s), seja ele beneficiário titular ou dependente, deverão ser imediatamente devolvidos à Qualicorp, que os inutilizará.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

13.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

As despesas decorrentes de utilização efetuada pelo beneficiário titular e/ou por seu(s) dependente(s), após a suspensão do atendimento ou após o efetivo cancelamento do benefício, por qualquer motivo, serão de total responsabilidade do beneficiário titular, sob pena de configurar-se a utilização indevida, sujeita às penalidades contidas na legislação pertinente.

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela Unimed Rio, serão repassados de forma integral ao beneficiário titular, podendo ser efetuado o débito na mesma conta-corrente bancária indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

13.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

Havendo o cancelamento do benefício, os beneficiários excluídos somente poderão postular nova adesão após a eventual regularização da situação que motivou o cancelamento, análise das condições de elegibilidade e quitação de eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

13.7. PERDA OU EXTRAVIO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Ocorrendo perda ou extravio do cartão de identificação do benefício, o beneficiário deverá comunicar o fato à Qualicorp.

13.8. INSPEÇÃO E PERÍCIA

Fica reservado à Unimed Rio o direito de realizar exames médicos ou odontológicos (quando contratado) de inspeção e perícia nos beneficiários, antes e após o atendimento médico ou odontológico (quando contratado), com vistas a garantir o correto e estrito uso das coberturas contratadas.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

13.9. PERDA DO DIREITO A BENEFÍCIOS E/OU A TODO O PLANO DE SAÚDE

A Unimed Rio, independentemente da adoção de medidas judiciais aplicáveis contra o responsável por eventuais danos que forem causados à Operadora, não efetuará nenhum pagamento ou reembolso com base no benefício contratado e poderá cancelar o benefício, a qualquer tempo, sem que caiba direito a nenhuma indenização, caso haja por parte do beneficiário titular ou de seu(s) beneficiário(s) dependente(s):

- Inexatidão, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”), que tenham influído na aceitação do plano pela Qualicorp ou tampouco na aceitação de qualquer pagamento previsto na Proposta.
- Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declarados na Declaração de Saúde.
- Fraude ou dolo.
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Unimed Rio, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- Qualquer ato ilícito, praticado pelos beneficiários, que venha a prejudicar a Unimed Rio, a Qualicorp e/ou a própria Entidade.
- Utilização indevida do cartão de identificação.
- Omissão ou distorção de informações que caracterizem fraude.
- Inobservância das obrigações contratuais.

Atenção

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Unimed Rio.

14.

Serviço adicional

Seguro por morte
natural ou acidental

14.

Seguro por morte natural ou acidental

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI N.º 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO ADICIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

O serviço adicional descrito a seguir está incluído na contratação do benefício. Salieta-se que, uma vez cancelado o plano de saúde, o serviço adicional também será cancelado.

14.1. SEGURO POR MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

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

- A. Estar regularmente inscrito como beneficiário titular na Unimed Rio em um dos planos que possuam abrangência geográfica nacional. É preciso também estar em dia com o pagamento dos valores mensais do plano de assistência médica e hospitalar, incluindo os serviços ou coberturas de saúde opcionais (quando contratados), na data do óbito;
- B. Ter cumprido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias de permanência no contrato coletivo, contados a partir do primeiro dia de vigência das coberturas para o beneficiário titular, para morte natural, e de 24 (vinte e quatro) horas para morte acidental;
- C. Ter a idade mínima de 14 (quatorze) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos por ocasião da data do início da sua relação contratual como beneficiário titular.

Para efeito deste contrato coletivo, na ausência de indicação expressa dos favorecidos pela cobertura do seguro por morte natural ou acidental do beneficiário titular, serão adotadas as seguintes indicações:

14.

Seguro por morte natural ou acidental

Estado civil do beneficiário titular	Favorecidos
1. Casado(a).	O cônjuge; e, na falta do cônjuge, os filhos, em partes iguais.
2. Viúvo(a), divorciado(a), separado(a) judicialmente, solteiro(a), com filhos e com companheira(o) registrada(o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis.	A(O) companheira(o), em 50% (cinquenta por cento), e o(s) filho(s), em 50% (cinquenta por cento).
3. Viúvo(a), divorciado(a), separado(a) judicialmente, solteiro(a), sem filhos e com companheira(o) registrada(o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis.	A(O) companheira(o).
4. Viúvo(a), divorciado(a), separado(a) judicialmente, solteiro(a), sem companheira(o) e com filhos.	Os filhos, em partes iguais e com reversão entre si.
5. Viúvo(a), divorciado(a), separado(a) judicialmente, solteiro(a), sem companheira(o) e sem filhos.	Os pais; e, na falta dos pais, os irmãos, em partes iguais; e, na falta dos irmãos, segundo a ordem de sucessão, conforme a legislação pertinente.

14.1.1. O BENEFICIÁRIO TITULAR PODERÁ, A QUALQUER TEMPO, SOLICITAR, POR ESCRITO, A ALTERAÇÃO DOS SEUS FAVORECIDOS.

14.1.2. ESTÁ EXCLUÍDA DA COBERTURA DE MORTE NATURAL/ACIDENTAL A MORTE DECORRENTE DE:

- a. acidentes ocorridos antes da data do início da relação contratual individual do beneficiário titular;

14.

Seguro por morte natural ou accidental

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

14.

Seguro por morte natural ou acidental

14.1.3. O ATRASO NOS PAGAMENTOS DOS VALORES MENSIS DO PLANO DE SAÚDE IMPLICARÁ A SUSPENSÃO DA COBERTURA DO SEGURO POR MORTE NATURAL OU ACIDENTAL, ATÉ QUE OS PAGAMENTOS DO BENEFÍCIO SEJAM REGULARIZADOS.

14.1.4. O SEGURO POR MORTE NATURAL OU ACIDENTAL SERÁ GARANTIDO POR EMPRESA IDÔNEA E REGULARMENTE HABILITADA PARA TANTO. A UNIMED RIO RESERVA-SE O DIREITO DE CONTRATAR ESSA ASSISTÊNCIA COM OUTRA PESSOA JURÍDICA, A QUALQUER MOMENTO DURANTE A RELAÇÃO CONTRATUAL, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER AVISO PRÉVIO.

Atenção

Os valores do seguro por morte natural ou acidental constam do Certificado Individual.

14.1.5. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

Para fazer jus ao benefício, os favorecidos do beneficiário titular falecido deverão apresentar os seguintes documentos, em cópias autenticadas:

- A. Certidão de Óbito do beneficiário titular;
- B. Carteira de Identidade e CPF do beneficiário titular;
- C. Boletim de Ocorrência Policial, Laudo Cadavérico, Laudo de Dosagem Toxicológica (se for o caso), Inquérito Policial (se for o caso), no caso de morte acidental;
- D. Certidão de Casamento atualizada (emitida após o óbito) e Carteira de Identidade do favorecido, quando este for o cônjuge;
- E. Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento dos favorecidos, quando estes forem filhos ou pais;
- F. Documento que comprove a condição de companheirismo do favorecido, no caso de companheiro(a);
- G. Alvará Judicial e, quando for o caso, termo de tutela ou de curatela dos favorecidos, no caso de incapazes ou relativamente capazes.

14.

Seguro por morte natural ou acidental

Fica reservado à Unimed Rio o direito de exigir quaisquer outros documentos que, porventura, se façam necessários.

Como solicitar o serviço adicional

De posse da documentação necessária, dirija-se a uma das Lojas de Relacionamento da Unimed Rio (listadas no subitem 4.7.1., “Reembolso de despesas médicas e hospitalares exclusivamente em casos de urgência e emergência”, deste Manual).

15.
Serviço adicional
Benefício Família

15.

Benefício Família

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO ADICIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

O serviço adicional descrito a seguir está incluído na contratação do benefício.

15.1. BENEFÍCIO FAMÍLIA

É o benefício que garante aos beneficiários dependentes, adiante definidos como favorecidos, permanecerem com direito, única e exclusivamente, à assistência médica e hospitalar após a morte do beneficiário titular, sem pagar os valores mensais do benefício, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados a partir da data do óbito, observadas as condições estabelecidas a seguir.

15.1.1. O BENEFÍCIO FAMÍLIA SERÁ CONCEDIDO DESDE QUE SEJAM OBSERVADAS AS SEGUINTE CONDIÇÕES:

- A. O beneficiário titular deve estar inscrito há mais de 6 (seis) meses em um dos planos com abrangência nacional;
- B. O pagamento dos valores mensais do benefício, referentes a este contrato, deve estar em dia na data do óbito;
- C. A assistência médica e hospitalar a que os beneficiários dependentes terão direito através do Benefício Família será igual àquela que possuíam quando do falecimento do beneficiário titular;
- D. Os serviços e coberturas de saúde opcionais (S.O.S. Unimed; Unimed Viagem; Transporte Aeromédico; Unimed Dental, Unimed Dental 2 e Unimed Dental Total) estão excluídos do Benefício Família, independentemente de terem sido contratados no plano anterior à concessão deste benefício;
- E. Os serviços e coberturas de saúde opcionais (S.O.S. Unimed; Unimed Viagem; Transporte Aeromédico; Unimed Dental, Unimed Dental 2 e Unimed Dental Total) não poderão ser incluídos após a concessão do Benefício Família, mesmo que os beneficiários se disponham a efetuar o pagamento dessas coberturas;
- F. Os beneficiários dependentes devem apresentar a Certidão de Óbito do beneficiário titular, além dos documentos necessários para a comprovação da dependência.

15.

Benefício Família

15.1.1.1. Documentação necessária e prazo

Os beneficiários dependentes deverão apresentar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de óbito do beneficiário titular, os seguintes documentos (em cópias autenticadas):

- A. Certidão de Óbito do beneficiário titular;
- B. Carteira de Identidade e CPF do beneficiário titular;
- C. Boletim de Ocorrência Policial, Laudo Cadavérico, Laudo de Dosagem Toxicológica (se for o caso), Inquérito Policial (se for o caso), no caso de morte acidental;
- D. Certidão de Casamento atualizada (emitida após o óbito) e Carteira de Identidade do favorecido, quando este for o cônjuge;
- E. Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento dos favorecidos, quando estes forem filhos;
- F. Documento que comprove a condição de companheirismo do favorecido, no caso de companheiro(a);
- G. Alvará Judicial e, quando for o caso, termo de tutela ou de curatela dos favorecidos, no caso de incapazes ou relativamente capazes.

15.1.2. PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO FAMÍLIA, SERÃO CONSIDERADOS FAVORECIDOS, EXCLUSIVAMENTE: CÔNJUGE; COMPANHEIRO (VEDADA A EVENTUAL CONCORRÊNCIA DESTES COM O CÔNJUGE, SALVO SE POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL); FILHOS SOLTEIROS COM IDADE INFERIOR A 25 (VINTE E CINCO) ANOS; FILHOS DO COMPANHEIRO, ENTEADOS, TUTELADOS E MENORES SOB GUARDA POR FORÇA DE DECISÃO JUDICIAL, TODOS EQUIPARADOS AOS FILHOS SOLTEIROS; E FILHOS INVÁLIDOS DE QUALQUER IDADE.

15.1.3. PERDERÁ IMEDIATAMENTE O DIREITO AO BENEFÍCIO FAMÍLIA O BENEFICIÁRIO QUE, NO CURSO DOS 5 (CINCO) ANOS, VIER A PERDER A CONDIÇÃO DE FAVORECIDO PREVISTO NO ITEM ACIMA.

15. Benefício Família

15.1.4. OS DEPENDENTES INSCRITOS APÓS A INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR FARÃO JUS AO BENEFÍCIO SE, NA ÉPOCA DO FALECIMENTO DO BENEFICIÁRIO TITULAR, TIVEREM PELO MENOS 12 (DOZE) MESES DE INCLUSÃO NO PLANO.

15.1.5. O FILHO NASCIDO OU ADOTADO, APÓS O INÍCIO DA RELAÇÃO CONTRATUAL DO BENEFICIÁRIO TITULAR, DEVERÁ TER SIDO INCLUÍDO DENTRO DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS APÓS SEU NASCIMENTO OU ADOÇÃO, RESPECTIVAMENTE, PARA FAZER JUS AO BENEFÍCIO, SOB PENA DE APLICAR-SE REGRA IGUAL À PREVISTA NO SUBITEM 15.1.4.

15.1.6. O DIREITO AO BENEFÍCIO FAMÍLIA TAMBÉM É CONFERIDO AO NASCITURO, CONSIDERADO FILHO DO BENEFICIÁRIO TITULAR FALECIDO, QUE DEVERÁ, PARA FAZER JUS AO BENEFÍCIO, SER INSCRITO DURANTE O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS A CONTAR DO SEU NASCIMENTO.

15.1.7. OS CARTÕES DE IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES SERÃO SUBSTITUÍDOS PELOS CARTÕES DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFÍCIO FAMÍLIA.

15.1.8. O DIREITO AO BENEFÍCIO FAMÍLIA PREVALECERÁ NO LOCAL ONDE OS DEPENDENTES RESIDIREM OU VIEREM A FIXAR RESIDÊNCIA, DESDE QUE SITUADO NA ÁREA DE AÇÃO DE UMA DAS COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO INTEGRANTES DO SISTEMA NACIONAL UNIMED.

15.1.9. OS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES QUE NÃO APRESENTAREM OS DOCUMENTOS EXIGIDOS FICARÃO IMPEDIDOS DE GOZAR AS VANTAGENS ESTABELECIDAS PELO BENEFÍCIO FAMÍLIA, MESMO QUE, CONTRATUALMENTE, TENHAM DIREITO A ELE.

15.1.10. CUMPRIDO O TEMPO DE PERMANÊNCIA NO BENEFÍCIO FAMÍLIA, SEJA POR TÉRMINO DO PRAZO CONCEDIDO, SEJA PELA PERDA DA CONDIÇÃO DE FAVORECIDO, O BENEFICIÁRIO PODERÁ TRANSFERIR-SE PARA UM DOS PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO DA QUALICORP, DESDE QUE SEJA ELEGÍVEL A ELE, OU PARA UM DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR DA UNIMED RIO, MEDIANTE PAGAMENTO DE VALOR MENSAL PRÓPRIO DO BENEFÍCIO. A TRANSFERÊNCIA SEM O CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA DAR-SE-Á DESDE QUE O PRODUTO ESCOLHIDO SEJA EQUIVALENTE ÀQUELE QUE É OBJETO DO BENEFÍCIO FAMÍLIA E DESDE QUE O NOVO CONTRATO SEJA FIRMADO NO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS IMEDIATOS À PERDA DA CONDIÇÃO DE DEPENDENTE OU DA CONCLUSÃO DO PRAZO DO BENEFÍCIO.

15. Benefício Família

15.1.11. O DIREITO AO BENEFÍCIO FAMÍLIA NÃO SE ENCERRA PARA SEUS CONTEMPLADOS COM O TÉRMINO DO CONTRATO COLETIVO OU SUAS RENOVAÇÕES, DEVENDO A UNIMED RIO ARCAR COM ESTE SERVIÇO ADICIONAL ATÉ O TÉRMINO DO PRAZO PREVISTO DE 5 (CINCO) ANOS.

Atenção

A não observância do prazo estabelecido para a apresentação dos documentos necessários à concessão deste serviço adicional implicará a perda do direito a este benefício.

Como solicitar o serviço adicional

De posse da documentação necessária, dirija-se a uma das Lojas de Relacionamento da Unimed Rio (listadas no subitem 4.7.1., “Reembolso de despesas médicas e hospitalares exclusivamente em casos de urgência e emergência”, deste Manual).

16.
Serviço opcional
S.O.S. Unimed

16.

S.O.S. Unimed

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO OPCIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

O serviço opcional depende de contratação específica por parte do beneficiário titular, conforme tabela de preços no momento da adesão, e está disponível para todos os planos de saúde deste contrato coletivo. Quando ocorrer a contratação desse serviço opcional pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, o serviço opcional também será cancelado.

Atenção

O serviço opcional que não for adquirido no ato da adesão ao plano de saúde estará sujeito a modificações das regras estabelecidas entre a Qualicorp e a Unimed Rio.

16.1. S.O.S. UNIMED

Garante aos beneficiários a prestação de assistência médica pré-hospitalar, em caráter de urgência e emergência, em seu domicílio ou em estabelecimentos públicos ou privados.

A assistência do S.O.S. Unimed, observadas as disposições constantes neste capítulo, será prestada por profissionais médicos e auxiliares de enfermagem, utilizando-se ambulâncias adequadas a esse tipo de atendimento.

A assistência do S.O.S. Unimed será garantida por empresa especializada e idônea, contratada pela Unimed Rio. A Unimed Rio reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra Pessoa Jurídica, a qualquer momento durante a relação contratual, independentemente de qualquer aviso prévio.

16.1.1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO S.O.S. UNIMED

A assistência do S.O.S. Unimed será prestada dentro da área dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, assim como dentro dos municípios, distritos e/ou bairros indicados a seguir: Acácias, Manaus e Petrópolis, no Amazonas; Brotas, Cabula, Lauro de Freitas e Salvador, na Bahia; Brasília, Candangolândia, Ceilândia, Gama, Planaltina, Santa Maria, São Gonçalo, Sobradinho, Taguatinga e Valparaíso, no Distrito Federal; Cariacica, Guarapari, Serra, Vila Velha e Vitória, no Espírito Santo; Goiânia, em Goiás; Belo Horizonte

16.

S.O.S. Unimed

e Contagem, em Minas Gerais; Cuiabá, em Mato Grosso; Recife, Jaboatão dos Guararapes e Olinda, em Pernambuco; Curitiba, Londrina e São José dos Pinhais, no Paraná; Alecrim, Bairro Vermelho, Camocim, Candelária, Extremos, Natal, Parnamirim e Redinha, no Rio Grande do Norte; Porto Alegre, São Leopoldo e Rio Grande, no Rio Grande do Sul; Florianópolis, São José e Tijucas, em Santa Catarina; Barueri, Butantã, Cotia, Diadema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Osasco, Perdizes, Planalto Paulista, Santo Amaro, Santo André, São Bernardo, São Miguel Paulista, São Paulo, Taboão da Serra e Tatuapé, em São Paulo; São Luiz, no Maranhão; Fortaleza, no Ceará; Campo Grande, no Mato Grosso do Sul; Belém, no Pará; João Pessoa, Bayeux e Cabedelo, na Paraíba; Aracaju e Barra dos Coqueiros, em Sergipe; Palmas, no Tocantins; e Maceió, em Alagoas.

A assistência do S.O.S. Unimed será prestada dentro das áreas acima citadas, inclusive em condomínios horizontais, desde que não comprometam ou não ponham em risco a segurança e a integridade física dos membros da equipe atendente, e desde que haja condições de acessibilidade ao local de prestação da assistência.

16.1.2. CONDIÇÕES MÉDICAS PARA O ATENDIMENTO DO S.O.S. UNIMED

Os atendimentos do S.O.S. Unimed, em caráter emergencial, abrangem os quadros clínicos agudos que impliquem risco de vida ou requeiram o atendimento imediato do beneficiário paciente. Os atendimentos serão prestados mediante a presença de uma equipe liderada por um médico, e um auxiliar de enfermagem, com todos os equipamentos, materiais e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações, em tempo necessário à prestação do socorro no local onde o beneficiário paciente se encontre. O tratamento se prolongará até a estabilização do beneficiário paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á ao traslado até um centro de tratamento definitivo. O traslado será feito por uma ambulância especialmente estruturada para minimizar o risco vital do beneficiário paciente.

Os atendimentos do S.O.S. Unimed, em caráter de urgência, abrangem os quadros clínicos agudos, de início súbito, que não sejam habituais para o beneficiário paciente e que impossibilitem a sua ida ao seu médico assistente. Esses atendimentos serão prestados no local onde o beneficiário paciente se encontrar, por um médico clínico, em tempo necessário à prestação do socorro.

16.

S.O.S. Unimed

16.1.2.1. Quadros clínicos que ensejam atendimentos emergenciais

Afogamentos; anafilaxia; quadros cardiovasculares (parada cardiorrespiratória, infarto agudo do miocárdio, *angina pectoris*, edema agudo do pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral); choques elétricos; comas metabólicos; intoxicações graves; quadros neurológicos (síncope, convulsão, coma); politraumatismos graves; quadros respiratórios (insuficiência respiratória aguda, crise asmática); e toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

16.1.2.2. Quadros clínicos que ensejam atendimentos de urgência

Asma moderada com piora progressiva, mesmo após a administração dos medicamentos habituais; cólica biliar; cólica nefrética; crises hipertensivas; dores abdominais intensas, dores de cabeça súbitas e fortes e hipertermia, que não se aliviam com remédios habituais; ferimentos profundos ou múltiplos, fraturas sem ruptura de pele ou perda de consciência, mas com dor intensa e dificuldade de movimentação; quadros de hipotensão arterial; tonturas intensas com perda súbita do equilíbrio ou sonolência; vômitos repetidos, além de todo e qualquer quadro clínico que, a critério médico, requeira atendimento em prazo breve e se apresente com características que impossibilitem a ida ao próprio médico.

Atenção

Os atendimentos do S.O.S. Unimed serão prestados, única e exclusivamente, nos casos expressos no item 16.1.2. (“Condições médicas para o atendimento do S.O.S. Unimed”) deste Manual. Salienta-se que os beneficiários pacientes crônicos, que estiverem fora de seu processo agudo da doença, devem procurar o seu médico assistente, que é o profissional mais indicado para dar continuidade ao tratamento.

Se qualquer beneficiário incorrer, reiteradamente, em chamados injustificados ao S.O.S. Unimed, pelo fato de o quadro clínico não corresponder, real ou potencialmente, aos quadros clínicos descritos, conforme posteriormente constatado por parte do médico que fizer o atendimento, a Unimed Rio reserva-se o direito de advertir o beneficiário titular de que, persistindo o beneficiário em tais atitudes, a contratação do S.O.S. Unimed poderá ser rescindida unilateralmente, a critério da Unimed Rio.

16.

S.O.S. Unimed

16.1.3. EXCLUSÕES DE COBERTURA DO S.O.S. UNIMED

Estão excluídos dos atendimentos do S.O.S. Unimed todos os atendimentos em desconformidade com o estabelecido no item 16.1.2. (“Condições médicas para o atendimento do S.O.S. Unimed”) deste Manual, especialmente: atendimentos motivados por alcoolismo, uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos; atendimentos para controle de tratamento ambulatorial; atendimentos para investigação de sintomas gerais (tosse, febre, mal-estar etc.), casos psiquiátricos e consultas, sem prejuízo das coberturas excluídas no capítulo 6 (“Exclusões de cobertura”) deste Manual; atendimentos a beneficiários pacientes que estejam em logradouros públicos, isto é, em vias ou lugares mantidos pelas municipalidades para desfrute da população (ruas, avenidas, praças, jardins, hortos, passeios etc.).

Atenção

A responsabilidade e a obrigação, relativas à assistência do S.O.S. Unimed, iniciam-se com o contato realizado, através de chamada telefônica, pelo beneficiário paciente ou seu responsável. A responsabilidade e a obrigação referentes à assistência cessarão, total e automaticamente, qualquer que seja a sua natureza, uma vez assistido e/ou estabilizado o beneficiário paciente no lugar em que ele se encontrar, ou no momento em que o beneficiário paciente chegar ao local indicado para o seu tratamento hospitalar, quando for o caso, passando a ficar sob os cuidados do médico que venha a assisti-lo.

Como utilizar o S.O.S. Unimed

Os atendimentos assistenciais pré-hospitalares do S.O.S. Unimed deverão ser requisitados através do telefone próprio indicado no *Guia Médico*, que atenderá às solicitações 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.

No momento da solicitação do serviço, deverão ser informados a localização do beneficiário paciente e o seu quadro sintomático. No ato do atendimento, o beneficiário paciente, por meio do seu eventual responsável, deverá identificar-se como beneficiário da assistência, apresentando a carteira de identificação apropriada.

17.
Serviço opcional
Unimed Viagem

17. Unimed Viagem

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO OPCIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

O serviço opcional depende de contratação específica por parte do beneficiário titular, conforme tabela de preços no momento da adesão, e está disponível para todos os planos de saúde deste contrato coletivo. Quando ocorrer a contratação desse serviço opcional pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, o serviço opcional também será cancelado.

Atenção

O serviço opcional que não for adquirido no ato da adesão ao plano de saúde estará sujeito a modificações das regras estabelecidas entre a Qualicorp e a Unimed Rio.

17.1. UNIMED VIAGEM

Assistência aos beneficiários que estejam em viagens pelo exterior por prazo não superior a 60 (sessenta) dias. Os serviços do Unimed Viagem compreendem várias coberturas, conforme descrito a seguir.

A assistência do Unimed Viagem será garantida por empresa especializada e idônea, contratada pela Unimed Rio. A Unimed Rio reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra Pessoa Jurídica, a qualquer momento durante a relação contratual, independentemente de qualquer aviso prévio.

Atenção

A assistência do Unimed Viagem será prestada imediatamente após o início de vigência da relação contratual do beneficiário titular que tenha contratado esta cobertura.

17.

Unimed Viagem

17.1.1. COBERTURAS DO UNIMED VIAGEM

17.1.1.1. Assistência médica ao beneficiário por lesão ou doença, no exterior

Nos casos de lesão ou doença do beneficiário, no exterior, será garantido, por pessoa beneficiária, o pagamento das despesas de hospitalização, intervenções cirúrgicas, honorários médicos, despesas odontológicas e produtos farmacêuticos recomendados pelo médico responsável pelo atendimento, até um limite de importância correspondente a 30.000,00€ (trinta mil euros), ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia. A assistência médica ao beneficiário por lesão ou doença inclui os eventos caracterizados como de urgência/emergência relacionados ao atendimento de gestantes até a 26.^a semana de gestação, todos ocorridos no exterior.

17.1.1.2. Transporte ou repatriamento no caso de lesões ou doença

Quando a localidade onde o beneficiário se encontrar hospitalizado não dispuser de recursos adequados para o tratamento do quadro clínico apresentado, será garantido o pagamento das despesas de transporte do beneficiário em ambulância, ou pelo meio recomendado pelo médico responsável, até o centro hospitalar mais adequado, de acordo com o laudo médico ou até a residência habitual do mesmo, mediante comprovante da alta médica/hospitalar. A equipe médica do Unimed Viagem manterá os contatos necessários com o estabelecimento hospitalar ou com o médico que atender o beneficiário para acompanhar a assistência prestada, bem como definir com o médico responsável a real necessidade de transporte e o meio de locomoção a ser utilizado.

17.1.1.3. Transporte ou repatriamento do beneficiário em caso de falecimento durante a viagem

No caso de falecimento do beneficiário, a equipe do Unimed Viagem tratará das formalidades para repatriamento do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de inumação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento da urna funerária, necessária para este transporte. Ficam

17.

Unimed Viagem

garantidas também as despesas de transporte ou repatriamento dos beneficiários acompanhantes até suas respectivas residências ou até o local de inumação, sempre que não seja possível a utilização do meio de transporte da viagem inicial ou, ainda, sempre que este meio não possibilite a sua locomoção em tempo hábil.

17.1.1.4. Transporte ou repatriamento dos beneficiários acompanhantes

Quando a lesão ou doença do beneficiário não permitir a continuação da viagem ou o regresso ao domicílio pelo meio inicialmente previsto, ficará garantido o pagamento das despesas de transporte, em linha regular (comercial), dos beneficiários acompanhantes até a residência habitual ou até o local onde o beneficiário se encontre hospitalizado. Se algum dos beneficiários tiver idade inferior a 15 (quinze) anos e estiver desacompanhado, será garantido o atendimento adequado durante a viagem até sua residência habitual ou local da hospitalização.

17.1.1.5. Transporte e estada de um familiar do beneficiário

Quando o período de hospitalização do beneficiário for superior a 5 (cinco) dias e este estiver desacompanhado, será garantido a um familiar que resida e esteja no Brasil o pagamento da viagem de ida e volta até o local da hospitalização e também os gastos de estada a partir do 5.º (quinto) dia, com um limite de importância correspondente a 60,00€ (sessenta euros) por dia, até o máximo correspondente a 600,00€ (seiscentos euros) por toda a estada.

17.1.1.6. Transporte do beneficiário por interrupção da viagem devido ao falecimento de um familiar

Fica garantido o pagamento das despesas de transporte do beneficiário, em linha regular (comercial) e em classe econômica, quando se interrompa a viagem por falecimento, no Brasil, do seu cônjuge ou parentes em até segundo grau, até o local de inumação, desde que a locomoção não seja possível pelo meio de transporte inicialmente utilizado pelo beneficiário na viagem ou, ainda, que este meio não possibilite a sua locomoção em tempo hábil.

17.

Unimed Viagem

17.1.1.7. Transporte urgente do beneficiário por ocorrência de sinistro no seu domicílio

Fica garantido o pagamento das despesas de transporte do beneficiário, em linha regular (comercial) e em classe econômica, até seu domicílio, desde que este esteja desabitado, devido à ocorrência de um sinistro de roubo ou furto com violação de portas ou janelas, incêndio ou explosão, na sua residência habitual, que a torne inabitável ou com grave risco de que se produzam maiores danos, justificando, assim, a presença do beneficiário e a necessidade de sua locomoção, sempre que não possa efetuar este transporte pelo meio utilizado inicialmente em sua viagem ou, ainda, sempre que este meio não possibilite a sua locomoção em tempo hábil.

17.1.1.8. Prolongamento de estada do beneficiário no exterior por lesão ou doença

Fica garantido o pagamento das despesas de hotel ao beneficiário quando, por lesões ou doença e prévia recomendação do médico responsável, se imponha ao beneficiário o prolongamento da estada no exterior para tratamento, com o limite de importância correspondente a 250,00€ (duzentos e cinquenta euros) por dia, até o máximo correspondente a 2.500,00€ (dois mil e quinhentos euros) por toda a estada ou o equivalente, em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

17.1.1.9. Assistência jurídica ao beneficiário e fiança no exterior

No caso de acidente ou demanda, será garantido o assessoramento do beneficiário na indicação de um advogado do cadastro da equipe do Unimed Viagem, bem como empréstimo no valor correspondente a até 10.000,00€ (dez mil euros), convertidos pelo câmbio comercial de compra do dia, para fazer frente à respectiva contratação do profissional escolhido pelo beneficiário. Fica garantido ainda empréstimo da importância correspondente a até 20.000,00€ (vinte mil euros), convertidos pelo câmbio comercial de compra do dia, para pagamento da fiança penal, caso haja fixação da mesma. Esses empréstimos serão feitos mediante a entrega à equipe Unimed Viagem de cheque caução no mesmo valor por um representante do beneficiário mediante o reconhecimento da dívida por parte do representante e do

17. Unimed Viagem

beneficiário. O beneficiário deverá reembolsar o valor emprestado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do empréstimo. O não pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido implicará o pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e a multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

17.1.1.10. Transmissão de mensagens urgentes do beneficiário

Fica garantida a transmissão de mensagens urgentes do beneficiário, desde que elas se refiram a quaisquer dos eventos pertinentes às modalidades de prestação de serviço previstas no Unimed Viagem.

17.1.1.11. Adiantamento de fundos no exterior

Em caso de roubo ou extravio de dinheiro, desde que devidamente comprovado através de denúncia às autoridades competentes, será providenciado, a título de empréstimo, o envio do valor correspondente a € 1.000,00 (um mil euros), convertidos pelo câmbio comercial de compra do dia, por beneficiário, desde que seja entregue à equipe do Unimed Viagem um cheque caução no mesmo valor por um representante do beneficiário e mediante expressa autorização e reconhecimento da dívida por parte do representante e do beneficiário. O beneficiário deverá reembolsar o valor emprestado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do empréstimo. O não pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido implicará o pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e a multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

17.1.1.12. Localização e transporte de bagagem e objetos pessoais

Fica assegurado o assessoramento ao beneficiário para a reclamação de roubo ou extravio de sua bagagem e objetos pessoais e, ainda, ajuda na gestão de sua localização. Na hipótese de recuperação da bagagem e/ou dos objetos pessoais, será feita sua expedição até o local da viagem previsto pelo beneficiário ou até seu domicílio habitual.

17.

Unimed Viagem

17.1.1.13. Extravio de bagagem em voo regular (comercial)

Em caso de extravio da bagagem do beneficiário em voo regular (comercial), este deverá comunicar imediatamente o fato à companhia aérea e obter uma prova por escrito dessa notificação (Formulário P.I.R.). Após essa medida, o beneficiário deverá entrar em contato com a equipe Unimed Viagem informando o fato. Caso a bagagem não seja recuperada dentro de 24 (vinte e quatro) horas, contadas da notificação à equipe do Unimed Viagem, esta pagará ao beneficiário a quantia correspondente a 100,00€ (cem euros), ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia. Se a bagagem for recuperada posteriormente, o beneficiário deverá reembolsar esse valor, em reais, à equipe Unimed Viagem. O prazo máximo para este reembolso é de 30 (trinta) dias, a contar da data da recuperação da bagagem. O não pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido implicará o pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e a multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

17.1.2 EXCLUSÕES DO UNIMED VIAGEM

As coberturas contratadas no Unimed Viagem são aquelas descritas e caracterizadas no subitem 17.1.1. ("Coberturas do Unimed Viagem") e serão garantidas dentro dos limites fixados, excluindo-se o seguinte:

- a) Serviços solicitados diretamente pelos beneficiários, sem prévio consentimento da equipe do Unimed Viagem, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada;
- b) Despesas correspondentes à assistência médica e hospitalar decorrentes de acidentes pessoais no Brasil;
- c) Despesas farmacêuticas e odontológicas despendidas pelos beneficiários no Brasil;
- d) Tratamento de doenças ou lesões que se produzam como consequência de doença crônica ou diagnosticada anteriormente ao início da viagem;

17. Unimed Viagem

- e) Assistência a toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente, por atividades criminosas ou dolosas dos beneficiários;
- f) Assistência derivada da morte por suicídio, ou lesões e consequências decorrentes de tentativas de suicídio;
- g) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo voluntário de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem recomendação médica;
- h) Despesas com aquisição de próteses e óculos;
- i) Despesas e/ou tratamento de doenças nervosas, neuroses, psicoses, inclusive traumática ou puerperal, bem como as causadas por epilepsia traumática ou essencial, que exijam internação, psiquiatria, psicanálise, psicoterapia ou sonoterapia;
- j) Assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional por parte dos beneficiários em competições, apostas ou provas de velocidade;
- k) Despesas extras com a estada dos beneficiários como: refeições, bebidas e todas aquelas despesas que não estejam incluídas no custo da diária do hotel;
- l) Despesas decorrentes de atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações de ordem pública;
- m) Despesas decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;
- n) Despesas decorrentes dos eventos que tenham por causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade;
- o) Despesas oriundas de eventos decorrentes de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestades ciclônicas atípicas, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais e meteoritos;
- p) Despesas decorrentes de atos praticados por ação ou omissão e por má-fé do beneficiário;

17.

Unimed Viagem

- q) Despesas decorrentes de acidentes ocorridos em consequência de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- r) Despesas decorrentes de qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- s) Despesas decorrentes de parto e/ou aborto e suas consequências;
- t) Despesas decorrentes de perturbações alimentares e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritas por médico em decorrência de acidente pessoal;
- u) Despesas decorrentes de choque anafilático e suas consequências;
- v) Despesas decorrentes de doenças (inclusive as doenças profissionais) quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente pessoal, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível.

COMO OBTER ATENDIMENTO DO UNIMED VIAGEM

Os atendimentos para as coberturas deverão ser requisitados à equipe do Unimed Viagem, através do telefone próprio indicado no Guia Médico, que atenderá as solicitações de serviço 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.

Para obtenção dos atendimentos para as coberturas do Unimed Viagem, o beneficiário, por ocasião da requisição, deverá informar o seu nome e respectivo código, bem como o local onde se encontra e a cobertura de que necessita.

Central de Atendimento 24 Horas da Unimed Rio (*Contact Center*)

0800-702-8900

Canal exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: **0800-286-0234**

18.
Serviço opcional
Transporte Aeromédico

18.

Transporte Aeromédico

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO OPCIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

O serviço opcional depende de contratação específica por parte do beneficiário titular, conforme tabela de preços no momento da adesão, e está disponível para todos os planos de saúde deste contrato coletivo. Quando ocorrer a contratação desse serviço opcional pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, o serviço opcional também será cancelado.

Atenção

O serviço opcional que não for adquirido no ato da adesão ao plano de saúde estará sujeito a modificações das regras estabelecidas entre a Qualicorp e a Unimed Rio.

18.1. TRANSPORTE AEROMÉDICO

Possibilita o deslocamento aéreo de beneficiários da Unimed Rio que necessitem de atendimento emergencial para situações de vida em risco. A assistência do transporte aeromédico deverá ser requisitada à Unimed Rio pelo médico assistente que estiver prestando o atendimento.

18.1.1. SOBRE O TRANSPORTE AEROMÉDICO

O transporte aéreo será feito dentro do território nacional, quando necessário, desde que para o atendimento sejam preenchidas todas as condições mencionadas neste capítulo, e desde que haja condições técnicas de decolagem, voo e pouso.

O transporte aéreo será feito, com assistência médica especializada, de um estabelecimento médico e hospitalar para outro, que seja credenciado pelo Sistema Nacional Unimed e situado a mais de 50 (cinquenta) quilômetros, fora do município do estabelecimento de origem, e que possua condições adequadas ao tratamento do beneficiário paciente.

18.

Transporte Aeromédico

Está incluído o transporte terrestre do hospital de origem ao aeroporto e do aeroporto ao hospital de destino do beneficiário paciente, dentro da área urbana das cidades de saída e destino do beneficiário paciente.

Em casos excepcionais, configurada a impossibilidade de atendimento de transporte do beneficiário por via aérea, é facultado à Unimed Rio providenciar o transporte deste por meio de ambulância terrestre, conforme indicação e avaliação médica do quadro clínico.

O hospital que acolherá o beneficiário paciente transportado deverá ser compatível com a rede credenciada pertencente ao plano em que o beneficiário paciente estiver inscrito.

O transporte aéreo será garantido por empresa idônea e regularmente habilitada para tanto. A Unimed Rio reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra Pessoa Jurídica, a qualquer momento durante a relação contratual, independentemente de qualquer aviso prévio.

A solicitação dos serviços descritos implica a autorização explícita do beneficiário e/ou seus responsáveis e/ou seus familiares à equipe do transporte aeromédico para executar todo e qualquer ato e/ou procedimento médico, intervenção, até cirúrgica, tratamento e/ou uso de medicamentos, hemoderivados e substâncias de uso na medicina, adequados e recomendados para o tratamento do paciente beneficiário e a boa condução de seu caso clínico/cirúrgico durante a prestação de serviço de transporte aeromédico.

18.1.2. CONDIÇÕES MÉDICAS PARA SOLICITAÇÃO DO TRANSPORTE AEROMÉDICO

A assistência do transporte aeromédico será requisitada pelo médico assistente que estiver prestando o atendimento.

Para que se justifique a solicitação do transporte aeromédico, é necessário que o beneficiário esteja em dia com o pagamento do benefício e tenha cumprido as carências constantes no capítulo 8 ("Carências") deste Manual, e que possua possibilidade terapêutica, apresentando pelo menos uma das seguintes patologias:

18.

Transporte Aeromédico

traumatismo cranioencefálico que necessite tratamento intensivo; aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva; traumatismo de face, para cirurgia de reconstrução, desde que necessite de cuidados intensivos; traumatismo ocular grave, com possibilidade de perda da visão; traumatismo raquimedular que necessita cuidados intensivos; embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos; choque cardiogênico que necessite de internação em UTI com mais recursos; cirurgia cardíaca em caráter de urgência e com necessidade de terapia intensiva; pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos necessários; queimaduras (elétricas, térmicas e químicas) com área corpórea afetada maior que 30% (trinta por cento) que requerem cuidados não disponíveis no local; angina instável que necessite de cuidados intensivos e/ou recursos diagnósticos complementares não disponíveis no local; aneurisma dissecante de aorta que necessite de UTI; hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite UTI e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessária UTI mais adequada; insuficiência respiratória aguda que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico; pancreatite aguda (critério de Ranon); trauma torácico/contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas; asma grave refratária que necessite de ventilação mecânica; insuficiência renal aguda que necessite hemodiálise; insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas; hemorragias digestivas severas que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas; estado de mal epilético que necessite curarização e ventilação mecânica; politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais), quando, no local não haja condições para tal procedimento; fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular; fratura de bacia que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local de atendimento, não haja condições técnicas; intoxicações agudas que necessitem UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica; afogamento que necessite de assistência ventilatória em UTI; amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitado o período de viabilidade cirúrgica); infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico; picada de animais peçonhentos, com risco de vida, e que sugira UTI; bloqueio atrioventricular de segundo

18.

Transporte Aeromédico

grau tipo 2; bloqueio atrioventricular total; hemorragia intracerebral extradurais e subdurais; pneumotórax hipertensivo após drenagem; obstrução intestinal que necessite intervenção cirúrgica; septicemia; coma diabético; cetoacidose diabética; endocardite bacteriana aguda; edema agudo de pulmão refratário e tratamento clínico que necessite tratamento em UTI; e traumatismo de abdômen que necessite de aporte ventilatório em UTI.

A assistência também será prestada nas seguintes situações: risco de vida iminente com necessidade de intervenção médica; e onde não haja equipe médica especializada ou habilitada para solucionar as emergências; quando a cidade/localidade de origem do beneficiário não dispuser de recursos profissionais e de equipamentos especializados, necessários ao atendimento da urgência/emergência caracterizadora do quadro clínico do beneficiário; e quando o beneficiário necessitar de atendimento em UTI e a cidade/localidade em que ele estiver não possuir esses recursos.

Ocorrendo o pedido de remoção de beneficiário portador de moléstias não previstas nos itens anteriores, a liberação da remoção será objeto de análise pela equipe médica do transporte aeromédico em comum acordo com o médico auditor designado pela Unimed Rio, que nessa hipótese far-se-á em caráter de liberalidade.

A Unimed Rio poderá deixar de promover a remoção nos casos em que, após a chegada da equipe do transporte aeromédico no local onde se encontra o beneficiário, a sua equipe médica constatar que as condições clínicas/cirúrgicas do beneficiário não correspondem às informações anteriormente prestadas, quando da solicitação do transporte aéreo e contatos posteriores, ou que o beneficiário, por quaisquer outras circunstâncias, não apresenta condição para a remoção aérea, ou que há plena condição para o tratamento do beneficiário naquele local.

18.

Transporte Aeromédico

18.1.3. EXCLUSÕES DO TRANSPORTE AEROMÉDICO

A assistência do transporte aeromédico não assegura o atendimento nos seguintes casos: aqueles sem possibilidade terapêutica (fase terminal); coma *dépassé* e a colocação de próteses e órteses durante o transporte.

18.1.4. CARÊNCIA DO TRANSPORTE AEROMÉDICO

A assistência do transporte aeromédico será prestada imediatamente após o cumprimento do período de carência de 50 (cinquenta) dias, contados da data do início de vigência do benefício, observando-se o cumprimento dos prazos de carência previstos no subitem 18.1.2. (“Condições médicas para solicitação do transporte aeromédico”).

18.1.5. A UNIMED RIO NÃO SE RESPONSABILIZA POR QUALQUER CONSEQUÊNCIA DANOSA AO BENEFICIÁRIO REMOVIDO, DECORRENTE DO TRATAMENTO, ATOS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS MINISTRADOS AO MESMO ANTES DO SEU RECEBIMENTO PELA EQUIPE MÉDICA DO TRANSPORTE AEROMÉDICO, NA ORIGEM DO TRANSPORTE E DEPOIS DA SUA ENTREGA PELA EQUIPE MÉDICA DO TRANSPORTE AEROMÉDICO NO DESTINO ESCOLHIDO PELOS RESPONSÁVEIS E/OU FAMILIARES.

Como solicitar o transporte aeromédico

Os atendimentos do transporte aeromédico deverão ser requisitados pelo médico assistente, através do telefone próprio indicado no Guia Médico.

Central de Atendimento 24 Horas da Unimed Rio (*Contact Center*)

0800-702-8900

Canal exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: **0800-286-0234**

19.
Cobertura de saúde opcional
Unimed Dental

19.

Unimed Dental

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE A SEGUINTE COBERTURA DE SAÚDE OPCIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

A cobertura de saúde opcional depende de contratação específica por parte do beneficiário titular, conforme tabela de preços no momento da adesão, e está disponível para todos os planos de saúde deste contrato coletivo. Quando ocorrer a contratação dessa cobertura de saúde opcional pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, a cobertura de saúde opcional também será cancelada.

Atenção

A cobertura de saúde opcional que não for adquirida no ato da adesão ao plano de saúde estará sujeita a modificações das regras estabelecidas entre a Qualicorp e a Unimed Rio.

19.1. UNIMED DENTAL

A assistência odontológica abrange única e exclusivamente o conjunto dos procedimentos realizáveis em consultório, compreendendo consultas, exames clínicos, exames auxiliares e complementares, procedimentos diagnósticos, radiologia (RX Periapical, Bite-wing, Oclusal e Panorâmico), tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente dentro das especialidades de: prevenção, dentística restauradora, endodontia, periodontia, odontopediatria, prótese dental unitária e cirurgia oral menor, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral, conforme previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e será prestada após a realização de perícia prévia.

Os atendimentos odontológicos serão executados exclusivamente pela rede assistencial contratada, exceto nos casos de urgência e emergência em que houver a impossibilidade de utilização da rede credenciada ou contratada.

19.1.1. A COBERTURA ODONTOLÓGICA SERÁ PRESTADA APÓS REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA, ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE, DENTRO DO TERRITÓRIO NACIONAL E ATRAVÉS DE REDE ASSISTENCIAL CONTRATADA.

19.

Unimed Dental

Cartão de identificação



Imagem meramente ilustrativa.

19.1.2. COBERTURA UNIMED DENTAL

Os procedimentos odontológicos cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, são os seguintes:

a) DIAGNÓSTICO

- consulta inicial;
- consulta de emergência;
- exame histopatológico;
- adequação do meio bucal;
- teste de fluxo salivar;
- condicionamento em odontologia – 3 (três) consultas por ano; e
- teste ph da saliva.

b) RADIOLOGIA

- radiografia *bite-wing*;
- radiografia periapical;

19.

Unimed Dental

- radiografia oclusal; e
- radiografia panorâmica pré e/ou pós-procedimento cirúrgico.

c) PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- aplicação de selante;
- aplicação tópica profissional de flúor;
- evidenciação de placa, profilaxia-polimento coronário; e
- orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de próteses, uso de dentifrícios enxaguatórios.

d) DENTÍSTICA RESTAURADORA

- colagem de fragmentos;
- aplicação de cariostático;
- adequação do meio bucal;
- núcleo de preenchimento;
- ajuste oclusal;
- restauração em resina;
- restauração em amálgama;
- restauração em ionômero de vidro;

e) PRÓTESE DENTAL UNITÁRIA

- coroa unitária provisória com ou sem pino*;
- restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui a peça protética*;
- coroa total metálica – inclui a peça protética*;
- coroa total de cerômero unitária para dentes anteriores (incisivos e caninos) – inclui a peça protética*;

19.

Unimed Dental

- núcleo metálico fundido – inclui a peça protética**; e
- núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética**;

** Para dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.*

*** Para dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio.*

f) PERIODONTIA

- curetagem de bolsa periodontal;
- imobilização dentária temporária ou permanente;
- raspagem, alisamento e polimento coronário;
- raspagem, alisamento e polimento radicular;
- gengivectomia/gengivoplastia;
- tratamento da gengivite;
- aumento de coroa clínica;
- cunha distal;
- cirurgia periodontal a retalho;
- enxerto gengival livre;
- enxerto pediculado; e
- tunelização.

g) ENDODONTIA

- capeamento pulpar – direto e indireto;
- pulpotomia/pulpectomia;
- remoção de núcleo intrarradicular/corpo estranho;
- tratamento endodôntico em dentes decíduos;

19.

Unimed Dental

- retratamento endodôntico em dentes decíduos;
- tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- retratamento endodôntico em dentes permanentes;
- tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta; e
- tratamento de perfuração radicular.

h) CIRURGIA

- alveoloplastia;
- apicectomia birradicular;
- apicectomia birradicular com obturação retrógrada;
- apicectomia trirradicular;
- apicectomia trirradicular com obturação retrógrada;
- apicectomia unirradicular;
- apicectomia unirradicular com obturação retrógrada;
- biópsia de boca;
- biópsia de glândula salivar;
- biópsia de lábio;
- biópsia de língua;
- biópsia de mandíbula/maxila;
- cirurgia de torus mandibular bilateral;
- cirurgia de torus palatino;
- cirurgia de torus unilateral;
- correção de bridas musculares;
- excisão de mucoccele;

19.

Unimed Dental

- excisão de rânula;
- exodontia + retalho;
- exodontia de raiz residual;
- exodontia simples;
- exodontias múltiplas;
- fraturas alveolodentárias – redução cruenta;
- fraturas alveolodentárias – redução incruenta;
- frenectomia labial;
- frenectomia lingual;
- incisão e drenagem de abscesso extraoral;
- incisão e drenagem de abscesso intraoral;
- reconstrução de sulco gengivolabial;
- reimplante de dente avulsionado;
- remoção de dentes retidos (inclusos e impactados);
- sulcoplastia;
- ulectomia;
- hemissecção com ou sem amputação radicular;
- cirurgia de tumores odontogênicos sem reconstrução*;
- cirurgia de tumores ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila*;
- exérese de pequenos cistos de maxila/mandíbula*;
- tratamento cirúrgico de fístulas buconasais ou bucossinusais*;

19.

Unimed Dental

- tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles da região buco-maxilofacial sem reconstrução*;
- redução de luxação de atem*; e
- punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial*.

** Quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.*

i) PROCEDIMENTOS DE ODONTOPEDIATRIA

- coroa de acetato/aço ou policarbonato; e
- aplicação de carióstático.

19.1.3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

Estão garantidos os seguintes atendimentos de urgência e emergência, quando contratado o produto odontológico, após o cumprimento dos prazos carenciais:

PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

- curativo em caso de hemorragia bucal;
- curativo em caso de odontalgia aguda;
- pulpectomia;
- pulpotomia;
- imobilização dentária temporária;
- recimentação de trabalho protético;
- tratamento de alveolite;
- colagem de fragmentos;
- incisão e drenagem de abscesso extraoral;
- incisão e drenagem de abscesso intraoral; e

19.

Unimed Dental

- reimplante de dente avulsionado.

19.1.4. REEMBOLSO EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FORA DA REDE CREDENCIADA

A Unimed Rio garantirá o reembolso das despesas odontológicas efetuadas pelo beneficiário em casos de urgência e emergência, exclusivamente quando não for comprovadamente possível a utilização da rede assistencial odontológica contratada, observando-se para tal as coberturas asseguradas para o plano contratado, os valores expressos na Tabela de Referência de Assistência Odontológica, as carências contratuais e o custo dos atendimentos.

19.1.4.1. O reembolso será feito com a apresentação dos documentos abaixo mencionados e tomando como base os valores constantes da Tabela de Referência da Assistência Odontológica da Unimed Rio vigente na data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos documentos originais.

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

- a) relatório do cirurgião-dentista assistente constando: nome do paciente, justificativa para o atendimento de urgência ou emergência, tratamento efetuado, data do atendimento;
- b) recibo de honorários do cirurgião-dentista assistente, discriminando funções, o procedimento odontológico realizado e o nome do paciente; e
- c) comprovantes relativos aos exames e serviços complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido do cirurgião-dentista assistente contendo o nome do paciente.

19.1.4.3. O reembolso deverá ser solicitado no prazo máximo de 12 (doze) meses da data do evento, sob pena de perda do direito ao reembolso.

19.

Unimed Dental

19.1.5. CARÊNCIAS

O prazo de carência para a cobertura odontológica é de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do benefício.

O cumprimento do prazo de carência acima mencionado só não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem no caso de isenção de carências. A propósito desse caso, ver o item 8.1.2. (“Isenção dos prazos de carência”).

19.1.6. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Excetua-se da cobertura odontológica todos os procedimentos das especialidades de ortodontia, implantodontia e demais procedimentos de prótese dental não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, ou em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigente à época do evento.

20.

Cobertura de saúde opcional

Unimed Dental 2

20. Unimed Dental 2

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI N.º 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE A SEGUINTE COBERTURA DE SAÚDE OPCIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

A cobertura de saúde opcional depende de contratação específica por parte do beneficiário titular, conforme tabela de preços no momento da adesão, e está disponível para todos os planos de saúde deste contrato coletivo. Quando ocorrer a contratação dessa cobertura de saúde opcional pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, a cobertura de saúde opcional também será cancelada.

Atenção

A cobertura de saúde opcional que não for adquirida no ato da adesão ao plano de saúde estará sujeita a modificações das regras estabelecidas entre a Qualicorp e a Unimed Rio.

20.1. UNIMED DENTAL 2

Além das coberturas odontológicas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, esta cobertura abrange os seguintes procedimentos:

I – Documentação ortodôntica, incluindo:

- a) radiografia panorâmica com finalidade ortodôntica;
- b) 1 (uma) telerradiografia;
- c) 1 (um) traçado cefalométrico;
- d) 5 (cinco) fotografias;
- e) 1 (um) par de modelos ortodônticos;
- f) 1 (uma) caixa para acondicionamento de modelo ortodôntico; e
- g) 1 (uma) pasta plástica para acondicionamento de exames radiográficos.

20.

Unimed Dental 2

20.1.1. A COBERTURA DO UNIMED DENTAL 2 SERÁ PRESTADA APÓS REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA, ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE, NOS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO E DUQUE DE CAXIAS.

20.1.2. OS ATENDIMENTOS DEVERÃO SER REQUISITADOS PELO CIRURGIÃO-DENTISTA ASSISTENTE.

20.1.3. CARÊNCIAS

O prazo de carência para esta cobertura é de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência do benefício.

Além do prazo supracitado, deverá ser respeitado também o prazo de recorrência de 12 (doze) meses, quando necessária a repetição do procedimento já realizado.

20.1.4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão expressamente excluídas da cobertura deste serviço:

- a) todas as coberturas não mencionadas no item 20.1. ("Unimed Dental 2"), inclusive os procedimentos das especialidades de ortodontia, nesta incluso instalação e manutenção mensal de aparelhagem fixa ou móvel;
- b) procedimentos experimentais e utilização de materiais importados não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão oficial governamental;
- c) procedimentos prestados por profissionais não pertencentes à rede assistencial contratada;
- d) atendimentos domiciliares;
- e) atendimentos efetuados antes da inclusão dos beneficiários ou do cumprimento das carências previstas neste capítulo;
- f) procedimentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecido pelas autoridades competentes;

20. Unimed Dental 2

- g) procedimentos para fins estéticos;
- h) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica contratada; e
- i) estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos e exames odontológicos previstos no item 20.1 (“Unimed Dental 2”), que por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar.

Atenção

Na hipótese de utilização dos serviços previstos neste capítulo pelo beneficiário titular ou por seus respectivos dependentes, ou seja, caso tenha sido realizado qualquer um dos procedimentos cobertos pelo Unimed Dental 2, somente será permitida a exclusão dos beneficiários desta cobertura depois de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses, a contar da data da última e efetiva utilização dos serviços.

21.

Cobertura de saúde opcional

Unimed Dental Total

21. Unimed Dental Total

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI N.º 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE A SEGUINTE COBERTURA DE SAÚDE OPCIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

A cobertura de saúde opcional depende de contratação específica por parte do beneficiário titular, conforme tabela de preços no momento da adesão, e está disponível para todos os planos de saúde deste contrato coletivo. Quando ocorrer a contratação dessa cobertura de saúde opcional pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, a cobertura de saúde opcional também será cancelada.

Atenção

A cobertura de saúde opcional que não for adquirida no ato da adesão ao plano de saúde estará sujeita a modificações das regras estabelecidas entre a Qualicorp e a Unimed Rio.

21.1. UNIMED DENTAL TOTAL

Garante aos beneficiários a prestação da assistência odontológica móvel domiciliar e da assistência odontológica no exterior, para procedimentos realizados em caráter de urgência e emergência.

21.2. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA MÓVEL DOMICILIAR EM CARÁTER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A assistência odontológica móvel domiciliar, em caráter de urgência e emergência, observadas as disposições constantes neste capítulo, será prestada por profissionais cirurgiões-dentistas, utilizando-se de equipamentos odontológicos portáteis adequados a este tipo de atendimento, na residência do beneficiário ou em estabelecimentos públicos ou privados.

A assistência será executada por empresa especializada e idônea, contratada pela Unimed Rio. A Unimed Rio reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra Pessoa Jurídica, a qualquer momento durante a relação contratual, independentemente de qualquer aviso prévio.

21.

Unimed Dental Total

21.2.1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A assistência odontológica móvel domiciliar, em caráter de urgência e emergência, será prestada dentro da área dos municípios do Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João do Meriti, Queimados, Belford Roxo, Nilópolis, São Gonçalo e Niterói, exclusivamente.

A assistência será prestada dentro das áreas citadas anteriormente, inclusive em condomínios horizontais, desde que não comprometam ou não ponham em risco a segurança e a integridade física dos membros da equipe atendente, e desde que haja condições técnicas (energia elétrica, fornecimento de água potável, circulação de ar, entre outras) e de higiene, além de acessibilidade ao local de prestação da assistência.

21.2.2. CONDIÇÕES MÉDICAS PARA ATENDIMENTO

Os atendimentos da assistência odontológica móvel domiciliar, em caráter de urgência e emergência, abrangem os quadros clínicos agudos que requeiram o atendimento imediato do paciente. Os atendimentos serão prestados mediante a presença de um cirurgião-dentista com todos os equipamentos, materiais e medicamentos necessários para tratar as urgências ou emergências, em tempo necessário à prestação do atendimento no local onde o paciente se encontre.

21.2.2.1. Procedimentos que ensejam os atendimentos de urgência ou emergência

- a) acabamento e polimento de restaurações;
- b) capeamento pulpar direto;
- c) colagem de fragmentos dentários;
- d) controle de hemorragia;
- e) coroa provisória anterior em resina autopolimerizável com ou sem pino;
- f) curativo de demora em endodontia;

21.

Unimed Dental Total

- g) drenagem extra-oral de abscesso;
- h) drenagem intra-oral de abscesso;
- i) drenagem de abscesso periapical;
- j) exodontia simples de permanente;
- k) exodontias múltiplas;
- l) imobilização dentária em dentes permanentes;
- m) pulpectomia;
- n) pulpotomia;
- o) recimentação de trabalho protético;
- p) reimplante dentário com contenção;
- q) restauração em resina fotopolimerizável anterior;
- r) restauração posterior em ionômero de vidro;
- s) restauração provisória de óxido de zinco e eugenol;
- t) sedação da dor em odontalgias;
- u) sutura convencional ou em caso de hemorragia bucal;
- v) tratamento de abscesso periodontal agudo; e
- w) tratamento de alveolite e curetagem de alvéolo.

Atenção

Salienta-se que os beneficiários pacientes crônicos, que estiverem fora de seu processo agudo da doença, devem procurar o seu cirurgião-dentista assistente, que é o profissional mais indicado para dar continuidade ao tratamento. Se qualquer beneficiário incorrer, reiteradamente, em chamados injustificados, pelo fato de o quadro clínico não corresponder, real ou potencialmente, aos quadros clínicos descritos, conforme posteriormente constatado por parte do cirurgião-dentista que

21. Unimed Dental Total

fizer o atendimento, a Unimed Rio reserva-se o direito de advertir o beneficiário titular de que, persistindo o beneficiário em tais atitudes, a contratação desta assistência poderá ser rescindida unilateralmente, a critério da Unimed Rio.

21.2.3. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Os atendimentos serão prestados, única e exclusivamente, nos casos expressos no item 21.2.2.1. ("Procedimentos que ensejam os atendimentos de urgência ou emergência"), excluídos os não relacionados, em especial:

- a) casos psiquiátricos;
- b) tratamentos odontológicos em casos de acidente de trabalho;
- c) tratamentos odontológicos oriundos de acidentes provocados por esporte de risco tais como ultraleve, boxe, entre outros;
- d) doenças congênitas;
- e) doenças periodontais crônicas, exceto em fase de agudização;
- f) disfunção de ATM (Articulação Têmporo Mandibular);
- g) cirurgias para eliminação de lesões benignas ou malignas existentes na cavidade oral;
- h) cirurgias de implante e reimplante osseointegráveis e transplante de unidades dentárias;
- i) tratamentos ambulatoriais das especialidades de cirurgia oral maior e menor, periodontia, dentística operatória, ortodontia, odontopediatria, endodontia; e
- j) cirurgias que exijam hospitalização e/ou anestesia geral.

21.

Unimed Dental Total

Atenção

A responsabilidade e a obrigação relativas a esta assistência iniciam-se com contato realizado, por meio de chamada telefônica, pelo paciente ou seu responsável e cessarão, total e automaticamente, qualquer que seja a sua natureza, uma vez assistido e/ou estabilizado o beneficiário paciente no lugar em que ele se encontrar.

COMO OBTER ATENDIMENTO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA MÓVEL DOMICILIAR EM CARÁTER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os atendimentos de assistência odontológica móvel domiciliar em caráter de urgência e emergência deverão ser requisitados à equipe do Unimed Dental Total, através do telefone próprio, que atenderá as solicitações de serviço 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.

Para obtenção dos atendimentos, por ocasião da requisição, deverão ser informados os dados cadastrais para identificação, bem como a localização do beneficiário e o seu quadro sintomático.

No ato do atendimento, o beneficiário paciente, ou seu responsável eventual, deverá identificar-se, apresentando o cartão de identificação da Unimed Rio e a carteira de identidade.

Central de Atendimento 24 Horas da Unimed Rio (*Contact Center*)

0800-702-8900

Canal exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: **0800-286-0234**

21.3. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM CARÁTER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO EXTERIOR

A assistência será executada por empresa especializada e idônea, contratada pela Unimed Rio. A Unimed Rio reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra Pessoa Jurídica, a qualquer momento durante a relação contratual, independentemente de qualquer aviso prévio.

21.

Unimed Dental Total

Os serviços assistenciais descritos a seguir serão prestados somente em território internacional e serão válidos pelo período máximo de 60 (sessenta) dias consecutivos, por viagem no exterior.

21.3.1. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO EXTERIOR

Nos casos caracterizados como urgência ou emergência odontológica, ocorridos no exterior, será garantido ao beneficiário o pagamento das despesas odontológicas até um limite de importância correspondente a US\$ 5.000,00 (cinco mil dólares norte-americanos) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

Nos casos de gestantes, o atendimento odontológico se dará somente até a 26ª semana de gestação.

A assistência odontológica no exterior será prestada por meio da rede credenciada pela equipe do Unimed Dental Total, nos países em que houver a prestação deste serviço, relacionados no site da Unimed Rio. Os países e o procedimento a ser adotado pelo beneficiário para ter acesso à assistência odontológica no exterior estão estabelecidos no site da Unimed Rio na internet: **www.unimedrio.com.br**

21.3.2. MEDICAMENTOS EM CASO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A equipe do Unimed Dental Total reembolsará até US\$ 500,00 (quinhentos dólares norte-americanos) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia, os gastos com produtos farmacêuticos recomendados pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento.

21.3.3. TÁXI ATÉ O PRESTADOR (ODONTOLÓGICO)

A equipe do Unimed Dental Total reembolsará até US\$ 50,00 (cinquenta dólares norte-americanos) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia, os gastos com a utilização de táxi para deslocamento até o prestador odontológico, mediante a apresentação dos respectivos recibos.

21.

Unimed Dental Total

21.3.4. TRANSMISSÃO DE MENSAGENS URGENTES

Será garantida a transmissão de mensagens urgentes do beneficiário, desde que se refiram a quaisquer dos eventos referentes às modalidades de prestação previstas neste capítulo.

21.3.5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Excluem-se desta cobertura:

- a) serviços solicitados diretamente pelos beneficiários, sem prévio consentimento da equipe do Unimed Dental Total, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada;
- b) despesas correspondentes à assistência odontológica decorrentes de acidentes pessoais no Brasil;
- c) despesas odontológicas e farmacêuticas dispendidas pelos beneficiários no Brasil;
- d) tratamento de doenças ou lesões que se produzam como consequência de doença crônica ou diagnosticada anteriormente ao início da viagem;
- e) assistência a toda e qualquer consequência resultante de lesões causadas, direta ou indiretamente, por atividades criminosas ou dolosas dos beneficiários;
- f) assistência a lesões decorrentes de tentativas de suicídio e suas consequências;
- g) despesas relativas a procedimentos clínicos e laboratoriais das especialidades de prótese dentária, ortodontia e implantodontia;
- h) assistência odontológica derivada de trauma decorrente de práticas desportivas em competição de caráter profissional por parte dos beneficiários em competições, apostas ou provas de velocidade;
- i) despesas decorrentes de atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações de ordem pública;
- j) despesas decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;

21.

Unimed Dental Total

- k) despesas decorrentes dos eventos que tenham por causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade;
- l) despesas oriundas de eventos decorrentes de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestades ciclônicas atípicas, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais e meteoritos;
- m) despesas decorrentes de atos praticados por ação ou omissão do beneficiário, causadas por má fé;
- n) despesas decorrentes de acidentes ocorridos em consequência de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- o) despesas decorrentes de intoxicações por ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritas por médico; e
- p) despesas decorrentes de doenças (incluídas as profissionais) quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente pessoal, ressalvadas as infecções resultantes de ferimento visível.

Atenção

A equipe do Unimed Dental Total e/ou a Unimed Rio reservam-se o direito de cancelar automaticamente estas garantias sempre que:

- o beneficiário causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos; e
 - o beneficiário omitir informações ou fornecer intencionalmente informações falsas.
-

21. Unimed Dental Total

COMO OBTER ATENDIMENTO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM CARÁTER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO EXTERIOR

Os atendimentos de assistência odontológica em caráter de urgência e emergência no exterior, deverão ser requisitados à equipe do Unimed Dental Total, através do telefone próprio, que atenderá as solicitações de serviço 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.

Para obtenção dos atendimentos, o beneficiário, por ocasião da requisição, deverá informar o seu nome e respectivo código de identificação na Unimed Rio, bem como o local onde se encontra e a cobertura de que necessita.

Central de Atendimento 24 Horas da Unimed Rio (*Contact Center*)

0800-702-8900

Canal exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: **0800-286-0234**

Anexo I

Plano Unimed Alfa 2 (0114)

Plano Unimed Alfa 2 (0114)

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 21 DESTE MANUAL, OBSERVADAS AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Unimed Alfa 2 (0114)

1.1.2. Código do plano

470.454/14-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano Unimed Alfa 2 (0114)

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

Anexo II

Plano Unimed Beta 2 (0114)

Plano Unimed Beta 2 (0114)

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 21 DESTE MANUAL, OBSERVADAS AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Unimed Beta 2 (0114)

1.1.2. Código do plano

470.459/14-2

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano Unimed Beta 2 (0114)

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

Anexo III

Plano Unimed Delta 2 (0114)

Plano Unimed Delta 2 (0114)

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 21 DESTE MANUAL, OBSERVADAS AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Unimed Delta 2 (0114)

1.1.2. Código do plano

470.458/14-4

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano Unimed Delta 2 (0114)

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

Anexo IV

Plano Unimed Ômega Plus (0114)

Plano Unimed Ômega Plus (0114)

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 21 DESTE MANUAL, OBSERVADAS AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Unimed Ômega Plus (0114)

1.1.2. Código do plano

470.457/14-6

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano Unimed Ômega Plus (0114)

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

[illegible]

ANOTAÇÕES

[illegible]

ANOTAÇÕES

[illegible]

Use bem, use sempre

Para usar da maneira mais adequada o plano de saúde e preservar a qualidade do benefício, é muito importante que os beneficiários saibam o que é o índice de sinistralidade e tenham sempre em mente algumas orientações básicas.

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por índice de sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do seu plano de saúde. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento prestado aos beneficiários e coberto por este contrato coletivo. Por isso, é essencial que todos os beneficiários saibam utilizar o plano de saúde de forma adequada, sem desperdícios.

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

- Após a realização de uma consulta, siga rigorosamente o tratamento e as prescrições do médico.
- É seu direito e dever conferir sempre se todos os procedimentos realizados foram devidamente discriminados.
- Nunca empreste sua carteirinha, sob pena de configuração de fraude.
- Em caso de necessidade de atendimento de urgência ou emergência, dirija-se ao pronto-socorro mais próximo que faça parte da rede própria ou credenciada da Unimed Rio para o seu plano.
- Realize exames conforme solicitação médica. Uma vez solicitados e realizados, sempre retire o resultado de seus exames. Estudos indicam que grande parte dos pacientes não retorna para retirar os resultados e não dá continuidade ao tratamento, causando duplo prejuízo: para si mesmos e para o plano de saúde.
- Após a utilização dos exames, guarde-os com segurança. Tais diagnósticos poderão ser úteis também no futuro.
- Em caso de sugestões, críticas ou eventuais reclamações, comunique a Unimed Rio ou a Qualicorp.



Central de Atendimento 24h
Unimed Rio

0800-702-8900

0800-286-0234

Para portadores de necessidades
especiais auditivas ou de fala

Central de Serviços
Qualicorp

0800-778-4004

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Unimed Rio:

ANS nº 393321

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.13.43.00020

C. setembro/2014 | I. setembro/2014