

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

A Fundação de Apoio ao Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro (FABOM) 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. A FABOM 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 pela FABOM 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 a FABOM. 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 ofereça 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. 13
04. Coberturas e procedimentos garantidos _____pág. 19
05. Cobertura de saúde adicional _____pág. 35
06. Exclusões de cobertura _____pág. 36
07. Validação prévia de procedimentos _____pág. 39
08. Carências _____pág. 41
09. Cobertura parcial temporária _____pág. 46
10. Serviço adicional _____pág. 49
11. Alterações cadastrais _____pág. 54
12. Pagamento _____pág. 62
13. Reajustes _____pág. 65
14. Exclusão, suspensão, cancelamento e
nova adesão ao plano de saúde _____pág. 69
15. Serviço opcional: S.O.S. Unimed _____pág. 73
16. Serviço opcional: S.O.S. Viagem _____pág. 79
17. Serviço opcional: Transporte Aeromédico _____pág. 89
18. Coberturas de saúde opcionais: Unimed Dental e Unimed Dental 2 _____pág. 95

Sumário

ANEXOS

Anexo I: Plano Unimed Alfa 2 _____pág. 105

Anexo II: Plano Unimed Beta 2 _____pág. 109

Anexo III: Plano Unimed Delta 2 _____pág. 113

Anexo IV: Plano Unimed Ômega Plus _____pág. 117

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 ADESÃO, 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.

Capitais e regiões metropolitanas: **4004-4400**

Demais regiões: **0800-16-2000**

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 7 às 22h, e aos sábados, das 8 às 16h.

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 – 1.º 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**)

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 ADESÃO, 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;*
- 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.*

A contratação coletiva do plano de saúde

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, 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	467.691/12-2
Unimed Beta 2	467.693/12-9
Unimed Delta 2	467.694/12-7
Unimed Ômega Plus	467.664/12-5

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 A SUA CATEGORIA DE PLANO.

3.1. O SISTEMA NACIONAL UNIMED

É o conjunto de todas as cooperativas de trabalho médico Unimed, Pessoas Jurídicas distintas 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, consulte o *Guia Médico* e o *Guia Odontológico* (quando contratado) da Unimed Rio e tenha sempre em mãos o seu cartão de identificação personalizado.

Guia Médico

De responsabilidade da Unimed Rio, o *Guia Médico* e o *Guia Odontológico* estão sujeitos a alterações, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nele constam os serviços médicos credenciados pela Operadora em sua área de abrangência.



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.

A renovação do cartão é anual e automática.



Imagem meramente ilustrativa.

3.1.1. OS ATENDIMENTOS MÉDICOS SERÃO EXECUTADOS EXCLUSIVAMENTE POR MÉDICO COOPERADO, EXCETO NOS CASOS DE REEMBOLSO DE DESPESAS ASSISTENCIAIS EXPRESSAMENTE PREVISTOS NESTE MANUAL. OS SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS, TRATAMENTO E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS PODEM SER SOLICITADOS PELO MÉDICO ASSISTENTE OU CIRURGIÃO-DENTISTA, NÃO HAVENDO RESTRIÇÃO SOMENTE AOS COOPERADOS.

3.1.2. OS BENEFICIÁRIOS 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:

- se estiverem nos municípios de Duque de Caxias e 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; e
- 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.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

3.1.3. 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).

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.

3.1.4. 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 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).

03.

Formas de utilização do plano de saúde

Atenção

Todos os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia dependem da validação da Unimed Rio. Para conhecer as regras gerais de validação prévia, consulte o capítulo 7 (“Validação prévia de procedimentos”) deste Manual.

3.1.5. COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

A validação prévia 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.

3.1.6. 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;

03.

Formas de utilização do plano de saúde

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.

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 do 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.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

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, vigente 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.);
- hemoterapia ambulatorial;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, podendo ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões;

Coberturas e procedimentos garantidos

- 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 vigente à época do evento;
- ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 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;
- 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 assistente 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

Coberturas e procedimentos garantidos

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 (alogênica), 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 o período 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 SUS;
- 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

Coberturas e procedimentos garantidos

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 assistente 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);
 - 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, tais como hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
 - procedimentos radioterápicos;
 - hemoterapia;

Coberturas e procedimentos garantidos

- 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
 - acompanhamento clínico em todo o 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;
 - 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 vigente à época do evento, aí incluída a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários, 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;

Coberturas e procedimentos garantidos

- laqueadura tubária e laqueadura tubária laparoscópica em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, 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, 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, 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.

Coberturas e procedimentos garantidos

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 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.

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.

Coberturas e procedimentos garantidos

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.

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;

Coberturas e procedimentos garantidos

- 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.

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.

Coberturas e procedimentos garantidos

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 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.

Coberturas e procedimentos garantidos

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.

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.

Coberturas e procedimentos garantidos

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 da Unidade de Serviço (US) vigente na data do evento, 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, Hospitalar e Obstétrica da Unimed Rio vigente na data do evento.

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 (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;
- D. Comprovantes relativos aos exames e serviços complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido do médico assistente.

Coberturas e procedimentos garantidos

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 1 (um) ano, a contar da data da realização dos eventos cobertos e exclusivamente em casos de urgência e emergência.

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, ou, na falta desta, através de Ordem de Pagamento. O titular da conta-corrente fornecida deve ser necessariamente o beneficiário titular do plano contratado.

Coberturas e procedimentos garantidos

LOJAS DE RELACIONAMENTO DA UNIMED RIO*

**Fonte: Unimed Rio. Informações sujeitas a alteração. Fevereiro/2014.*

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.

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.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

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

(21) 3861-3861

0800-031-3861

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 (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, 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.

Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTES PLANOS DE SAÚDE 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, 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;
- 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;

06.

Exclusões de cobertura

- 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. 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;
- 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

Exclusões de cobertura

- 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;
- 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.

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. Nos casos de internações de urgência ou emergência, a validação deverá ser solicitada, no máximo, até 48 (quarenta e oito) horas contadas da data da internação.

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

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*):

(21) 3861-3861

0800-031-3861

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 Qualicorp e a Unimed Rio.*

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 ou 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 videolaringostroboscopia 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 de 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) – Western Blot.	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; <i>tilt test</i> ; 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, córneas e de medula óssea autóloga ou heteróloga (alogênica); genética molecular; citogenética; fornecimento de próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico; internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos; sessões de psicoterapia; consultas e sessões com: nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo; cirurgia refrativa (correção de miopia e hipermetropia, com ou sem astigmatismo); 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 e todos os demais atendimentos médicos não elencados nesta tabela de carências.	180 (cento e oitenta) dias
J	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 12 (“Pagamento”) deste Manual.

08. Carências

- O cônjuge ou companheiro(a) incluído(a) no plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do casamento ou do início do convívio em comum, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular.
- O filho recém-nascido, natural ou adotivo, do beneficiário titular, desde que incluído nos primeiros 30 (trinta) dias, contados do nascimento ou da adoção, não terá a aplicação de nenhum tipo de carência.
- Os filhos de até 12 (doze) anos de idade, adotados durante a vigência do benefício, desde que incluídos nos primeiros 30 (trinta) dias, contados da adoção, terão aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular.

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 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.

08. Carências

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 NO 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 de cooperados ou credenciados, 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 sofredor, 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 agravo.
- 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

Cobertura parcial temporária

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 à 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 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; ou
- 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.
- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

09. Cobertura parcial temporária

- 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 doença ou lesão preexistente, 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. Serviço adicional

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI N.º 9.656/98 E DA COBERTURA DE SAÚDE ADICIONAL INDICADA NO CAPÍTULO 5 DESTES MANUAIS, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO ADICIONAL*, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

** Uma vez cancelado o plano de saúde, o serviço adicional também será cancelado.*

10.1. 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 com abrangência geográfica nacional. É preciso também estar em dia com o pagamento dos valores mensais do plano de assistência médica e hospitalar na data do óbito;
- B. Ter cumprido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias de permanência num dos planos que contemplam este seguro, 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:

10.

Serviço adicional

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.

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

10.1.2. 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;
- 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;

10. Serviço adicional

- 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.

10. Serviço adicional

10.1.3. O ATRASO NOS PAGAMENTOS DAS MENSALIDADES DO PLANO DE SAÚDE IMPLICARÁ A SUSPENSÃO DA COBERTURA DO SEGURO POR MORTE NATURAL OU ACIDENTAL, ATÉ QUE OS PAGAMENTOS DO BENEFÍCIO SEJAM REGULARIZADOS.

10.1.4. 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.

10.1.5. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

Para fazer jus ao benefício, os favorecidos do beneficiário titular falecido deverão apresentar:

- 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);

10. Serviço adicional

G. Alvará Judicial e, quando for o caso, termo de tutela ou de curatela dos favorecidos, no caso de incapazes ou relativamente capazes.

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

Atenção

Para saber sobre o valor atualizado do seguro por morte natural ou acidental, consulte a Unimed Rio.

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.

11.

Alterações cadastrais

PARA REALIZAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSIVE O CANCELAMENTO DA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, É NECESSÁRIA A 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.

11.1. 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.

11.2. 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;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

11.

Alterações cadastrais

11.3. 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).

11.4. 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. No caso de filhos(as) inválidos(as), somar cópia da certidão de invalidez emitida pelo INSS.

11.5. 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);

11.

Alterações cadastrais

- C. cópia do RG do(a) enteado(a) (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 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 do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

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

11.6. 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").*

11.

Alterações cadastrais

11.7. 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;
- 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 netos(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF.

11.8. 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 e CPF do pai ou da mãe que tiver grau de dependência com o beneficiário titular;
- 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 bisnetos(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF.

11.

Alterações cadastrais

11.9. INCLUSÃO DE NORA E/OU GENRO:

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

Atenção

A inclusão de dependente(s) está sujeita ao pagamento de taxa de cadastramento e implantação do(s) dependente(s) inscrito(s) no valor do benefício. Casos específicos poderão ensejar a solicitação de documentos complementares ou documentos comprobatórios dos direitos outorgados.

11.10. 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.

11.

Alterações cadastrais

11.11. 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.

11.12. ALTERAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS, PARA EFEITO DE 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.

11.13. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

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 prazo de carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo, 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 superior, os beneficiários deverão cumprir carência de

11.

Alterações cadastrais

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;

- C. quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou do tipo de acomodação para padrão inferior, os beneficiários aproveitarão os períodos de carência, já cumpridos, sem interrupção do atendimento que estiver sendo prestado.

Todas as solicitações devem ser feitas por escrito, com a assinatura do beneficiário titular.

Prazo para alterações cadastrais

As solicitações de alterações cadastrais deverão ser apresentadas com a documentação completa e respeitando-se as condições expostas neste capítulo.

A solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início da vigência do benefício do titular. Por exemplo:

Início da vigência do benefício (exemplos)	Data-limite da solicitação da alteração*	Vigência da alteração solicitada
Dia 7	Dia 17 do mês anterior	A partir do dia 7 do primeiro mês subsequente à solicitação
Dia 23	Dia 3 do mês corrente	A partir do dia 23 do mês corrente

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para a realização de alterações cadastrais.*

Salienta-se que, caso a solicitação não seja realizada até a data-limite (vinte dias antes do dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular), a alteração somente será realizada no mês subsequente, sempre no dia correspondente ao início de vigência do beneficiário titular. Salienta-se também que, em todos os casos de alterações cadastrais, prevalecerá a data do efetivo recebimento da solicitação pela Qualicorp.

11.

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.

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.

12. 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.

12.1. 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*
Boleto bancário
Débito automático em conta-corrente, nos bancos conveniados ao sistema

O prazo para pagamento do valor mensal é estabelecido em razão da data de ingresso e conforme a opção disponível e indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) pelo beneficiário titular.

Veja abaixo alguns exemplos:

Início da vigência do benefício	Vencimento do valor mensal do benefício*
Dia 1	Dia 1 de cada mês
Dia 17	Dia 17 de cada mês
Dia 28	Dia 28 de cada mês

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para o pagamento do benefício.*

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.

12. Pagamento

12.2. 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 12.4. (“Atraso e inadimplência”) neste mesmo capítulo.

12.3. 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 11.12., “Alteração de dados bancários, para efeito de pagamento do benefício via débito automático”) e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, “Alterações cadastrais”, deste Manual.

12.4. 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 10% (dez por cento) das obrigações pecuniárias 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.

12. Pagamento

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 da vigência referente ao mês não pago, 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. 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 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.

Atenção

Em caso de cancelamento do benefício, por inadimplência ou por qualquer outro motivo, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês de cancelamento, por se tratar de pagamento prévio.

13. Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESAO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) AO REFERIDO 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 13.3. (“Reajuste por mudança de faixa etária”) deste Manual.

13.1. REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro tomará como base a variação do Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M), da Fundação Getúlio Vargas (FGV), 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, disposto a seguir.

Além do reajuste aplicado na forma citada acima, os preços dos valores mensais do benefício serão também reajustados observando-se a aplicação da fórmula a seguir, sempre que o resultado da fórmula for superior a zero:

13.

Reajustes

Onde:

$$RF = \left[\left(\frac{\text{Custo per capita}_i}{\text{Custo per capita}_{i-1}} \right) - 1 \right] \times 100\% - (\text{IGP-M})$$

- A. Custo per capita = (total da despesa) / (número total de clientes);
- B. Total de despesa: é o gasto total da Operadora nos itens de despesas assistenciais e não assistenciais, expresso em reais;
- C. Despesas assistenciais: são aquelas decorrentes exclusivamente da prestação direta da assistência médica e hospitalar ao beneficiário;
- D. Despesa não assistencial: valor total com despesas administrativas e outras não relacionadas à prestação da assistência médica e hospitalar direta ao beneficiário;
- E. Item de despesa assistencial: os itens de despesa serão aqueles definidos pela Unimed Rio e abrangerão o total das despesas assistenciais;
- F. Número de clientes: é definido como beneficiário ativo, durante o período de apuração das informações. O somatório dos beneficiários resulta no número total de clientes;
- G. Período: é o período de análise considerado pela Unimed Rio para apuração dos dados, onde “i” denota o período mais recente e “i-1” denota o período, de igual duração, imediatamente anterior ao período “i”. O período de análise será anual ou na menor periodicidade que a Lei permitir.

Atenção

Os serviços opcionais (S.O.S. Unimed, S.O.S. Viagem e Transporte Aeromédico) e as coberturas de saúde opcionais deste contrato coletivo (Unimed Dental e Unimed Dental 2), cujas condições estão dispostas nos capítulos 15 a 18 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.

13. Reajustes

13.2. 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”).

13.3. 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:

13.

Reajustes

Faixa etária	Unimed Alfa 2	Unimed Beta 2	Unimed Delta 2	Unimed Ômega Plus
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	27,05%	27,05%	27,05%	27,05%
De 24 a 28 anos	24,98%	24,98%	24,98%	24,98%
De 29 a 33 anos	5,22%	5,22%	5,22%	5,22%
De 34 a 38 anos	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%
De 39 a 43 anos	14,36%	14,36%	14,36%	14,36%
De 44 a 48 anos	21,03%	21,03%	21,03%	21,03%
De 49 a 53 anos	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
De 54 a 58 anos	39,30%	39,30%	39,30%	39,30%
59 anos ou mais	52,63%	52,63%	52,63%	52,63%

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.

14.1. 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 11 (“Alterações cadastrais”) deste Manual.

14.2. 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

14.3. 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 12.4. (“Atraso e inadimplência”), observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

14.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, 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. 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. Reitera-se também que, no caso de exclusão ou cancelamento, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês de exclusão ou cancelamento, por se tratar de um benefício contratado sob a modalidade de pagamento prévio.

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

14.5. 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”).

14.6. 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, 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.

14.7. 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.

14.8. 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, com vistas a garantir o correto e estrito uso das coberturas contratadas.

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

14.9. 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 reembolso ou pagamento 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 sua aceitação 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.

15.
Serviço opcional
S.O.S. Unimed

15.

S.O.S. Unimed

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.

15.1. 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, e a utilização de táxi após a alta hospitalar.

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 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.

Atenção

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

15.1.1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO S.O.S. UNIMED

A assistência do S.O.S. Unimed será prestada dentro da área dos municípios do Rio de Janeiro e dos denominados pertencentes ao Grande Rio, São Gonçalo e Niterói, exclusivamente.

15.

S.O.S. Unimed

A assistência do S.O.S. Unimed será prestada dentro das áreas de abrangência 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 de acessibilidade ao local de prestação da assistência.

15.1.2. 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.

15.1.2.1. 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.

15.

S.O.S. Unimed

15.1.2.2. 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 15.1.2. (“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.

15.1.3. 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 15.1.2. (“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

15.

S.O.S. Unimed

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.

15.1.4. UTILIZAÇÃO DE TÁXI APÓS ALTA HOSPITALAR

Aos beneficiários que recebam alta hospitalar, decorrente ou não de internação oriunda do atendimento pré-hospitalar, objeto do S.O.S. Unimed, será assegurada a utilização de táxi, para transporte do estabelecimento hospitalar à residência dos beneficiários.

A utilização desse transporte dar-se-á através de táxis, pertencentes à cooperativa contratada pela Unimed Rio, **única e exclusivamente na área do município do Rio de Janeiro.**

A solicitação do transporte deverá ser feita pelo beneficiário ou seu responsável à Central de Atendimento da Unimed Rio, por ocasião da alta hospitalar.

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.

16.

Serviço opcional

S.O.S. Viagem

16.

S.O.S. Viagem

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. VIAGEM

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

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

16.

S.O.S. Viagem

16.1.1. COBERTURAS DO S.O.S. VIAGEM

16.1.1.1. 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 US\$ 10.000,00 (dez mil dólares americanos), ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

16.1.1.2. 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 S.O.S. 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.

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

No caso de falecimento do beneficiário, a equipe do S.O.S. 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 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.

16.

S.O.S. Viagem

16.1.1.4. 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 encontra 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.

16.1.1.5. 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 US\$ 60,00 (sessenta dólares americanos) por dia, até o máximo correspondente a US\$ 600,00 (seiscentos dólares americanos) por toda a estada.

16.1.1.6. 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.

16.1.1.7. 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 desabilitado, devido à ocorrência de um sinistro de roubo ou furto com violação de

16.

S.O.S. Viagem

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.

16.1.1.8. 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 US\$ 60,00 (sessenta dólares americanos) por dia, até o máximo correspondente a US\$ 600,00 (seiscentos dólares americanos) por toda a estada ou o equivalente, em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

16.1.1.9. 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 S.O.S. Viagem, bem como empréstimo no valor correspondente a até US\$ 3.000,00 (três mil dólares americanos), 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 US\$ 1.000,00 (um mil dólares americanos), 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 S.O.S. Viagem de cheque caução no mesmo valor por um representante do beneficiário mediante o 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.

16.

S.O.S. Viagem

16.1.1.10. 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 S.O.S. Viagem.

16.1.1.11. 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 US\$ 1.000,00 (um mil dólares americanos) ao beneficiário, desde que seja entregue à equipe do S.O.S. 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.

16.1.1.12. 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.

16.1.1.13. 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 S.O.S. Viagem informando o fato. Caso a bagagem não seja recuperada dentro de 24 (vinte e quatro) horas, contadas da notificação à equipe do S.O.S. Viagem, esta pagará ao beneficiário a quantia correspondente a US\$ 100,00 (cem dólares americanos), 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 S.O.S. Viagem. O prazo máximo para este reembolso é de 30 (trinta) dias, a contar da data

16.

S.O.S. Viagem

da recuperação da bagagem. O não pagamento desta dívida no prazo anteriormente 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.

16.1.2. EXCLUSÕES DO S.O.S. VIAGEM

As coberturas contratadas no S.O.S. Viagem são aquelas descritas e caracterizadas no subitem 16.1.1. (“Coberturas do S.O.S. Viagem”) e serão garantidas dentro dos limites fixados, excluindo-se o seguinte:

- a) Serviços solicitados diretamente pelos beneficiários, sem prévio consentimento da equipe do S.O.S. 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 médicas, hospitalares, 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;
- 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;

16. S.O.S. Viagem

- 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 inclusas 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;
- 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;

16.

S.O.S. Viagem

- 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 S.O.S. VIAGEM

Os atendimentos para as coberturas deverão ser requisitados à equipe do S.O.S. 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 S.O.S. 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*)

(21) 3861-3861

0800-031-3861

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

17.

Serviço opcional

Transporte Aeromédico

17.

Transporte Aeromédico

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. 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.

17.1.1. SOBRE O TRANSPORTE AEROMÉDICO

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.

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

17.

Transporte Aeromédico

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 empresa prestadora do serviço 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.

17.1.2. 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: traumatismo cranioencefálico que necessite tratamento intensivo; aneurisma cerebral roto que necessite assistência intensiva; traumatismo de face, para cirurgia de reconstituição, desde que necessite de cuidados intensivos; traumatismo ocular grave, com possibilidade de perda da visão; traumatismo raquimedular que necessite cuidados intensivos; embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos; choque cardiogênico que necessite de internação em UTI com mais

17.

Transporte Aeromédico

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 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.

17.

Transporte Aeromédico

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 da Empresa Prestadora do Serviço 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.

17.1.3. 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.**

17.1.4. 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 17.1.2. (“Condições médicas para solicitação do transporte aeromédico”).

17. Transporte Aeromédico

17.1.5. 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*)

(21) 3861-3861

0800-031-3861

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

18.

Coberturas de saúde opcionais
Unimed Dental e Unimed Dental 2

18.

Unimed Dental e Unimed Dental 2

A COBERTURA DE SAÚDE OPCIONAL DEPENDE DE CONTRATAÇÃO ESPECÍFICA POR PARTE DO BENEFICIÁRIO TITULAR, CONFORME TABELA DE PREÇOS NO MOMENTO DA ADESÃO. 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.

18.1. UNIMED DENTAL E UNIMED DENTAL 2

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.

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

18.

Unimed Dental e Unimed Dental 2

Cartão de identificação

Imagem meramente ilustrativa.



18.1.2. COBERTURAS UNIMED DENTAL E UNIMED DENTAL 2

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

Unimed Dental e Unimed Dental 2

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 dentífrícios 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; e
- 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*;
- 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.

18.

Unimed Dental e Unimed Dental 2

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;
- 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.

Unimed Dental e Unimed Dental 2

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 mucocele;
- excisão de rânula;
- exodontia + retalho;
- exodontia de raiz residual;
- exodontia simples;
- exodontias múltiplas;
- fraturas alveolodentárias – redução cruenta;
- fraturas alveolodentárias – redução incruenta;

Unimed Dental e Unimed Dental 2

- 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*;
- tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles da região bucomaxilofacial sem reconstrução*;
- redução de luxação de ATM*;
- 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 cariostático.

Unimed Dental e Unimed Dental 2

18.1.3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

Estão garantidos os seguintes atendimentos de urgência e emergência, quando contratada a segmentação odontológica, 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
- reimplante de dente avulsionado.

18.1.4. 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 própria ou contratada, observando-se para tal as coberturas asseguradas para o plano contratado, o valor da Unidade de Serviço (US) vigente na data do evento, as carências contratuais e o custo dos atendimentos.

18.

Unimed Dental e Unimed Dental 2

18.1.4.1. 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.

18.1.4.2. 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.

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

18.1.5. 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”).

18.1.6. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Excetuam-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, vigente à época do evento.

Anexo I
Plano Unimed Alfa 2

Plano Unimed Alfa 2

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Unimed Alfa 2

1.1.2. Código do plano

467.691/12-2

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.

Plano Unimed Alfa 2

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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.

02. SERVIÇOS OPCIONAIS

O(s) serviço(s) opcional(is) está(ão) à disposição exclusivamente para aquisição pelo beneficiário titular deste plano de saúde coletivo por adesão da Unimed Rio e poderá(ão) ser contratado(s) conjunta ou separadamente.

Porém, quando ocorrer a contratação de um dos serviços opcionais pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, o(s) serviço(s) opcional(is) também será(ão) cancelado(s).

Para saber mais informações sobre este(s) serviço(s) opcional(is), consulte o capítulo 15 (“S.O.S. Unimed”), o capítulo 16 (“S.O.S. Viagem”) e o capítulo 17 (“Transporte Aeromédico”) deste Manual.

Plano Unimed Alfa 2

03. COBERTURAS DE SAÚDE OPCIONAIS

As coberturas de saúde opcionais estão à disposição exclusivamente para aquisição pelo beneficiário titular deste plano de saúde coletivo por adesão da Unimed Rio.

Porém, quando ocorrer a contratação de uma destas coberturas de saúde opcionais pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, as coberturas de saúde opcionais também serão canceladas.

Para saber mais informações sobre estas coberturas de saúde opcionais, consulte o capítulo 18 (“Unimed Dental e Unimed Dental 2”) deste Manual.

Anexo II
Plano Unimed Beta 2

Plano Unimed Beta 2

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS 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

1.1.2. Código do plano

467.693/12-9

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.

Plano Unimed Beta 2

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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.

02. SERVIÇOS OPCIONAIS

O(s) serviço(s) opcional(is) está(ão) à disposição exclusivamente para aquisição pelo beneficiário titular deste plano de saúde coletivo por adesão da Unimed Rio e poderá(ão) ser contratado(s) conjunta ou separadamente.

Porém, quando ocorrer a contratação de um dos serviços opcionais pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, o(s) serviço(s) opcional(is) também será(ão) cancelado(s).

Para saber mais informações sobre este(s) serviço(s) opcional(is), consulte o capítulo 15 (“S.O.S. Unimed”), o capítulo 16 (“S.O.S. Viagem”) e o capítulo 17 (“Transporte Aeromédico”) deste Manual.

Plano Unimed Beta 2

03. COBERTURAS DE SAÚDE OPCIONAIS

As coberturas de saúde opcionais estão à disposição exclusivamente para aquisição pelo beneficiário titular deste plano de saúde coletivo por adesão da Unimed Rio.

Porém, quando ocorrer a contratação de uma destas coberturas de saúde opcionais pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, as coberturas de saúde opcionais também serão canceladas.

Para saber mais informações sobre estas coberturas de saúde opcionais, consulte o capítulo 18 (“Unimed Dental e Unimed Dental 2”) deste Manual.

Anexo III

Plano Unimed Delta 2

Plano Unimed Delta 2

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS 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

1.1.2. Código do plano

467.694/12-7

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.

Plano Unimed Delta 2

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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.

02. SERVIÇOS OPCIONAIS

O(s) serviço(s) opcional(is) está(ão) à disposição exclusivamente para aquisição pelo beneficiário titular deste plano de saúde coletivo por adesão da Unimed Rio e poderá(ão) ser contratado(s) conjunta ou separadamente.

Porém, quando ocorrer a contratação de um dos serviços opcionais pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, o(s) serviço(s) opcional(is) também será(ão) cancelado(s).

Para saber mais informações sobre este(s) serviço(s) opcional(is), consulte o capítulo 15 (“S.O.S. Unimed”), o capítulo 16 (“S.O.S. Viagem”) e o capítulo 17 (“Transporte Aeromédico”) deste Manual.

Plano Unimed Delta 2

03. COBERTURAS DE SAÚDE OPCIONAIS

As coberturas de saúde opcionais estão à disposição exclusivamente para aquisição pelo beneficiário titular deste plano de saúde coletivo por adesão da Unimed Rio.

Porém, quando ocorrer a contratação de uma destas coberturas de saúde opcionais pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, as coberturas de saúde opcionais também serão canceladas.

Para saber mais informações sobre estas coberturas de saúde opcionais, consulte o capítulo 18 (“Unimed Dental e Unimed Dental 2”) deste Manual.

Anexo IV
Plano Unimed Ômega Plus

Plano Unimed Ômega Plus

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Unimed Ômega Plus

1.1.2. Código do plano

467.664/12-5

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.

Plano Unimed Ômega Plus

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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.

02. SERVIÇOS OPCIONAIS

O(s) serviço(s) opcional(is) está(ão) à disposição exclusivamente para aquisição pelo beneficiário titular deste plano de saúde coletivo por adesão da Unimed Rio e poderá(ão) ser contratado(s) conjunta ou separadamente.

Porém, quando ocorrer a contratação de um dos serviços opcionais pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, o(s) serviço(s) opcional(is) também será(ão) cancelado(s).

Para saber mais informações sobre este(s) serviço(s) opcional(is), consulte o capítulo 15 (“S.O.S. Unimed”), o capítulo 16 (“S.O.S. Viagem”) e o capítulo 17 (“Transporte Aeromédico”) deste Manual.

Plano Unimed Ômega Plus

03. COBERTURAS DE SAÚDE OPCIONAIS

As coberturas de saúde opcionais estão à disposição exclusivamente para aquisição pelo beneficiário titular deste plano de saúde coletivo por adesão da Unimed Rio.

Porém, quando ocorrer a contratação de uma destas coberturas de saúde opcionais pelo beneficiário titular, ela será obrigatória para todo o grupo familiar inscrito no plano de saúde. Uma vez cancelado o plano de saúde, as coberturas de saúde opcionais também serão canceladas.

Para saber mais informações sobre estas coberturas de saúde opcionais, consulte o capítulo 18 (“Unimed Dental e Unimed Dental 2”) deste Manual.

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

0800-031-3861

(21) 3861-3861

0800-286-0234

Para portadores de necessidades
especiais auditivas ou de fala

Central de Serviços
Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Unimed Rio:

ANS nº 393321

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.13.43.00022