

SUMÁRIO

1. Da Qualificação da Operadora	Página 2
2. Da Qualificação da Contratante	Página 2
3. Do Nome Comercial e do Número de Registro do Plano na ANS	Página 2
4. Do Tipo de Contratação	Página 3
5. Da Segmentação Assistencial do Plano de Saúde	Página 3
6. Da Área Geográfica de Abrangência e da Área de Atuação do Plano de Saúde	Página 3
7. Do Padrão de Acomodação em Internação	Página 4
8. Da Formação do Preço	Página 4
9. Dos Atributos do Contrato	Página 5
10. Das Condições de Admissão	Página 8
11. Das Coberturas e Procedimentos Garantidos	Página 15
12. Das Exclusões de Cobertura	Página 17
13. Da Duração do Contrato	Página 18
14. Dos Períodos de Carência	Página 25
15. Das Doenças e Lesões Preexistentes	Página 26
16. Do Atendimento de Urgência e Emergência	Página 29
17. Dos Mecanismos de Regulação	Página 31
18. Da Formação do Preço e Mensalidade	Página 32
19. Do Reajuste	Página 34
20. Das Faixas Etárias	Página 35
21. Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário	Página 36
22. Da Rescisão/Suspensão	Página 37
23. Das Disposições Gerais	Página 47
24. Da Eleição de Foro	Página 47

1. DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

- UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA., com sede na Av. Armando Lombardi, 400, Lojas 101 a 105, 108 e 109, Barra da Tijuca, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o nº 42.163.881/0001-01, cooperativa médica, possuidora do Registro de Operadora nº 39.332-1, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2. DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

- Considera-se como CONTRATANTE a QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., pessoa jurídica devidamente legitimada, na forma estabelecida nos normativos vigentes, com sede na Alameda Santos, 415 – 7º parte, 8º, 9º parte, 10º, 11º 12º parte e 13º andares, Cerqueira Cesar, São Paulo, inscrita no CNPJ 07.658.098/0001-18, possuidora do Registro de Administradora nº 41.717-3, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- O contrato tem como anuente o **ABRIGO DO MARINHEIRO – AMN**, pessoa jurídica de direito privado, associação civil sem fins lucrativos, considerada de utilidade pública pelo Decreto nº 4287, de 29 de junho de 1921, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 72.063.654/0001-75, com sede na Rua Teófilo Otoni, nº 52, 13º andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP 20090-070.
- Quaisquer aditivos a este instrumento a serem firmados pela CONTRATANTE, deverão ser previamente aprovados pelo ABRIGO, e serem assinados pelos mesmos agentes signatários deste instrumento.

3. DO NOME COMERCIAL E DO NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Nome Comercial	Nº de Registro na ANS
Unimed Alfa 2 (0114)	470.454/14-1
Unimed Alfa 2 Dental (0114)	470.456/14-8
Unimed Beta 2 (0114)	470.459/14-2
Unimed Beta 2 Dental (0114)	470.455/14-0
Unimed Delta 2 (0114)	470.458/14-4
Unimed Delta 2 Dental (0114)	470.461/14-4
Unimed Ômega Plus (0114)	470.457/14-6
Unimed Ômega Plus Dental (0114)	470.453/14-3
Unipart Alfa 2 (0114)	470.452/14-5
Unipart Alfa 2 Dental (0114)	470.450/14-9
Unipart Beta 2 (0114)	470.451/14-7
Unipart Beta 2 Dental (0114)	470.460/14-6

4. DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

- **CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO** - aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com determinadas pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, conforme estabelecido no tópico “DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO”.

5. DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Nome Comercial do Produto	Segmentação
Unimed Alfa 2 (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial
Unimed Alfa 2 Dental (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia
Unimed Beta 2 (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial
Unimed Beta 2 Dental (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia
Unimed Delta 2 (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial
Unimed Delta 2 Dental (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia
Unimed Ômega Plus (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial
Unimed Ômega Plus Dental (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia
Unipart Alfa 2 (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial
Unipart Alfa 2 Dental (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia
Unipart Beta 2 (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial
Unipart Beta 2 Dental (0114)	Hospitalar + Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia

6. DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Nome Comercial do Produto	Área de Abrangência/Atuação
Unimed Alfa 2 (0114)	Abrangência Nacional
Unimed Alfa 2 Dental (0114)	Abrangência Nacional
Unimed Beta 2 (0114)	Abrangência Nacional
Unimed Beta 2 Dental (0114)	Abrangência Nacional
Unimed Delta 2 (0114)	Abrangência Nacional
Unimed Delta 2 Dental (0114)	Abrangência Nacional
Unimed Ômega Plus (0114)	Abrangência Nacional
Unimed Ômega Plus Dental (0114)	Abrangência Nacional
Unipart Alfa 2 (0114)	Abrangência Nacional

Unipart Alfa 2 Dental (0114)	Abrangência Nacional
Unipart Beta 2 (0114)	Abrangência Nacional
Unipart Beta 2 Dental (0114)	Abrangência Nacional

7. DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Nome Comercial do Produto	Padrão de Acomodação em Internação
Unimed Alfa 2 (0114)	Internação em quarto coletivo
Unimed Alfa 2 Dental (0114)	Internação em quarto coletivo
Unimed Beta 2 (0114)	Internação em apartamento com banheiro privativo
Unimed Beta 2 Dental (0114)	Internação em apartamento com banheiro privativo
Unimed Delta 2 (0114)	Internação em apartamento com banheiro privativo
Unimed Delta 2 Dental (0114)	Internação em apartamento com banheiro privativo
Unimed Ômega Plus (0114)	Internação em apartamento com banheiro privativo
Unimed Ômega Plus Dental (0114)	Internação em apartamento com banheiro privativo
Unipart Alfa 2 (0114)	Internação em quarto coletivo
Unipart Alfa 2 Dental (0114)	Internação em quarto coletivo
Unipart Beta 2 (0114)	Internação em apartamento com banheiro privativo
Unipart Beta 2 Dental (0114)	Internação em apartamento com banheiro privativo

8. DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO

- Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, a parte identificada na Proposta Contratual com referência a este contrato de número **UN 010/0114, na qualidade de estipulante em favor daqueles a que se destinam os serviços**, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE e, de outro, UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA., com sede na Av. Armando Lombardi, 400, Salas 101 a 105, 108 e 109, Barra da Tijuca, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o nº 42.163.881/0001-01, possuidora do Registro de Operadora nº 39.332-1, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, **agindo como mandatária dos seus médicos cooperados**, doravante denominada simplesmente UNIMED-RIO, têm justa e acordada a prestação de assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia e odontológica, observados os produtos contratados, na forma dos tópicos e condições a seguir.

- O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.
- O contrato tem por objeto garantir aos associados do **ABRIGO** e aos seus respectivos **DEPENDENTES** eventualmente inscritos, por meio da **CONTRATANTE**, a cobertura de custos de assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia e odontológica, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, pela **UNIMED-RIO**, através de seus médicos cooperados e de rede assistencial própria ou contratada.
- **A assistência contratada destina-se à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observados a legislação em vigor, os termos deste contrato e as coberturas previstas nos produtos escolhidos.**
- Além dos atendimentos médicos, hospitalares, obstétricos e odontológicos previstos nos produtos escolhidos, a **CONTRATANTE** poderá incluir, por ocasião da celebração do contrato ou durante sua vigência, outras coberturas opcionais que estiverem sendo oferecidas pela **UNIMED-RIO**, mediante pagamento do valor a elas correspondente.

9. DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

➤ DOS BENEFICIÁRIOS

- São considerados para efeito deste contrato:
 - a) **BENEFICIÁRIOS TITULARES** – são aquelas pessoas que possuem os seguintes vínculos associativos com o **ABRIGO**:
 - I - **ASSOCIADOS EFETIVOS OU PARTICIPANTES** – militares e servidores civis da Marinha do Brasil, da ativa, da reserva, reformados e aposentados;
 - II - **ASSOCIADOS VINCULADOS** – somente aqueles que forem pensionistas ou cônjuges/companheiro(a) de militares e de servidores civis; e
 - III - **ASSOCIADOS ESPECIAIS** – dependentes e outros entes do grupo familiar de militares, de servidores civis ou de pensionistas, inscritos até 01/03/2012 em plano de Assistência Médica Hospitalar do AMN e que não tenham sido enquadrados nas categorias de associados dos itens 1 e 2 anteriores.
 - b) **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** – são aquelas pessoas que têm grau de parentesco com o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, à exceção dos **ASSOCIADOS ESPECIAIS** que, por sua peculiaridade não podem instituir dependentes. Os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, para efeito deste acordo, ficam assim definidos: cônjuge ou companheiro; filhos; filhos do companheiro e enteados; tutelados e menores sob a guarda por força de decisão judicial; filhos inválidos; noras e genros; netos e bisnetos; e ex-companheiro (a) ou ex-cônjuge, por força de determinação judicial.

- A presente contratação se constitui em uma Contratação Coletiva por Adesão.

➤ DA IMPLANTAÇÃO

- Quando da inclusão de um beneficiário, a CONTRATANTE deverá apresentar à UNIMED-RIO os documentos cadastrais que identificam e qualificam os respectivos beneficiários inclusive quanto ao vínculo, de acordo com o estabelecido nos normativos vigentes e suas eventuais alterações e o grau de parentesco.
- Os BENEFICIÁRIOS oriundos do contrato encerrado em 28 de fevereiro de 2014 serão incluídos automaticamente na presente contratação, observando-se as novas condições contratuais e aproveitando-se o tempo de permanência para fins de compensação das carências e das coberturas parciais temporárias, de acordo com a equivalência de planos abaixo:

De		Para	
Nome Comercial	Nº de Registro	Nome Comercial	Nº de Registro
Unimed Alfa	401.806/98-1	Unimed Alfa 2 (O114)	470.454/14-1
Unimed Alfa 2 + opcional	401.806/98-1	Unimed Alfa 2 Dental	470.456/1-48
Unimed Beta	401.840/98-1	Unimed Beta 2 (O114)	470.459/14-2
Unimed Beta + opcional	401.840/98-1	Unimed Beta 2 Dental	470.455/14-0
Unimed Delta	401.809/98-5	Unimed Delta 2 (O114)	470.458/14-4
Unimed Delta + opcional	401.809/98-5	Unimed Delta 2 Dental	470.461/14-4
Unimed Ômega	401.811/98-7	Unimed Ômega Plus	470.457/14-6
Unimed Ômega + opcional	401.811/98-7	Unimed Ômega Plus	470.453/14-3
Unipart Alfa	436.123/O1-7	Unipart Alfa 2 (O114)	470.452/14-5
Unipart Alfa + opcional	436.123/O1-7	Unipart Alfa 2 Dental	470.450/14-9
Unipart Beta	436.124/O1-5	Unipart Beta 2 (O114)	470.451/14-7
Unipart Beta + opcional	436.124/O1-5	Unipart Beta 2 Dental	470.460/14-6

- As partes envolvidas se responsabilizam pelas suas obrigações.

➤ DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL

- Fica assegurado à CONTRATANTE, o direito à inclusão e à exclusão de beneficiários, durante a vigência do contrato, conforme solicitação prévia destes, **desde que sejam solicitadas até dia 18 (dezoito) do mês anterior àquele que se referir o pedido e que os pedidos sejam solicitados através de documentos ou meios próprios indicados pela UNIMED-RIO**, que passarão a fazer parte integrante deste contrato. A adesão e a exclusão, a pedido do BENEFICIÁRIO TITULAR dar-se-ão diretamente à CONTRATANTE que promoverá a respectiva solicitação à UNIMED-RIO.
- Os beneficiários que se vincularem ao ABRIGO **após o período de 30 (trinta) dias da celebração do contrato** poderão ser incluídos, sem o cumprimento das carências definidas nesta sinopse, **até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato do ano subsequente a sua vinculação ao ABRIGO**.

- A assistência e benefícios constantes nesta sinopse serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, a partir da data de vigência constante da Proposta de adesão, subsequente ao pedido de inscrição e desde que cumpram as carências eventualmente aplicadas, salvo o disposto em tema próprio.
- **A inclusão de DEPENDENTES fora dos prazos previstos acima far-se-á mediante o cumprimento das carências previstas neste contrato. Exceção feita aos seguintes casos:**
 - a) **cônjuge ou companheiro**, aproveitando-se para ele os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, desde que sua inclusão seja efetuada no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do matrimônio ou da união estável;
 - b) **recém-nascido, filho natural ou adotivo** do BENEFICIÁRIO TITULAR, que será dispensado das carências e da aplicação de coberturas parciais temporárias, **desde que sua inclusão seja efetuada no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção**;
 - c) **filho adotivo com idade de até 12 (doze) anos** que tenha sido adotado durante a vigência do contrato, aproveitando-se para ele os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante, sendo também dispensada a aplicação de coberturas parciais temporárias, **desde que seja incluído no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da adoção**.
- **Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES somente serão incluídos no caso de participação do BENEFICIÁRIO TITULAR.**
- A UNIMED-RIO solicitará, durante a relação contratual, documentação cadastral comprobatória das declarações prestadas pela CONTRATANTE, por ocasião da inclusão dos beneficiários no contrato.
- Com o falecimento do BENEFICIÁRIO TITULAR, o BENEFICIÁRIO DEPENDENTE que não tiver direito ao Benefício Família, somente poderá permanecer no contrato como:
 - a) BENEFICIÁRIO TITULAR, caso preencha as condições de elegibilidade exigidas; e
 - b) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE de outro BENEFICIÁRIO TITULAR.
- No período compreendido entre a comunicação do falecimento do BENEFICIÁRIO TITULAR e a emissão da documentação que comprove a elegibilidade do novo TITULAR, este poderá, mediante apresentação de protocolo de inscrição como ASSOCIADO VINCULADO, a título precário, permanecer no contrato pelo período de 4 (quatro) meses, desde que paguem as mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais e à coparticipação, por boleto bancário ou débito em conta.
- Para a inclusão prevista no tópico acima, além do protocolo de inscrição como ASSOCIADO VINCULADO, deverá ser apresentado todos os documentos necessários para uma nova adesão como BENEFICIÁRIO TITULAR.

- Os BENEFICIÁRIOS TITULARES militares ou servidores da ativa, que forem designados para comissão no exterior por período igual ou superior a 9 (nove) meses, mediante comprovação por meio de documento oficial do Comando da Marinha, pode solicitar sua exclusão e dos respectivos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES naquele período e, no prazo de 30 (trinta) dias da data de chegada ao Brasil solicitar a reinclusão no contrato, no mesmo plano ou equivalente, sem carência e de acordo com as regras do contrato em vigor.
- Para que os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES permaneçam no contrato em virtude do afastamento do país do BENEFICIÁRIO TITULAR, este deverá permanecer no contrato.

10. DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- Observadas as disposições e as coberturas do plano contratado, aos beneficiários fica assegurado exclusivamente nas especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), o direito à assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia, necessária ao tratamento das doenças constantes do CID – Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), **excluídas aquelas mencionadas no tópico “DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA”**, observados o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento, as carências estabelecidas e as Coberturas Parciais Temporárias eventualmente aplicadas.
- Fica assegurado, ainda, quando contratado plano contendo cobertura odontológica, o direito a esta assistência, observados o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento, as carências estabelecidas, as exclusões e demais condições do plano contratado.
- Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento serão de cobertura obrigatória, quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.
- As coberturas assistenciais abaixo relacionadas serão prestadas de acordo com a segmentação, a acomodação, a área de abrangência e a rede assistencial contratadas, independente do local e da circunstância de ocorrência do evento, aí incluídos os casos de acidente de trabalho e os relacionados à saúde ocupacional.

➤ DA 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 cirurgias de pequeno porte, solicitados pelo médico assistente.

➤ **Das Consultas**

• **As consultas, quando necessárias, estão garantidas:**

- a) em número ilimitado, no município de Duque de Caxias e no município do Rio de Janeiro, quando prestadas única e exclusivamente por médicos cooperados da UNIMED-RIO;
- b) em número ilimitado, dentro das áreas de ação das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, por médicos cooperados pertencentes a estas cooperativas;
- c) em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal;
- d) com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento; e
- e) para psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos vigente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados.

➤ **Dos Exames Complementares, Procedimentos e Tratamentos**

Está garantida a cobertura dos itens abaixo relacionados, que deverão ser realizados nos prestadores credenciados mediante pedido por escrito do médico assistente, desde que seja previamente autorizado pela UNIMED-RIO e tenha sido solicitado **após o cumprimento das carências fixadas neste contrato e das Coberturas Parciais Temporárias, que porventura tenham sido aplicadas:**

- a) exames complementares, procedimentos e tratamentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento como pertencentes à segmentação ambulatorial;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- c) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- d) 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 e unidades similares, desde que

estejam descritos como pertencentes ao segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, desde que estejam descritas como pertencentes ao segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

f) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

g) quimioterapia oncológica ambulatorial;

h) radioterapia (megavoltagem, cobalterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);

i) hemoterapia ambulatorial;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões;

k) medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

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

m) 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.

n) tratamento esclerosante de varizes, **limitado a 10 (dez) sessões por ano, não-cumulativas.**

➤ DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

a) internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

c) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, inclusive dietética, para o beneficiário internado;

d) internações necessárias para atendimento de urgências e emergências;

e) internação em quarto coletivo (enfermaria) ou em quarto individual com banheiro privativo (apartamento), **de acordo com o plano contratado;**

f) acomodação para 1 (um) acompanhante do beneficiário internado, **independente da idade deste, quando contratado plano com acomodação em quarto individual com banheiro privativo (apartamento);**

g) acomodação e alimentação necessária 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 contra-indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente;**

h) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

i) 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 previstos no contrato e em território brasileiro;

j) transplantes de rim, de córnea e de medula óssea autóloga e 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 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;

k) 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 sujeitar-se-ão 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 Notificações, 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;

l) estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, devendo o cirurgião-dentista e/ou médico assistente avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

m) cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 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;

n) 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 de 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, ambulatorios e urgência e emergência;
- ✓ procedimentos radioterápicos;
- ✓ hemoterapia;
- ✓ nutrição parenteral ou enteral;
- ✓ procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- ✓ embolizações;
- ✓ radiologia intervencionista;
- ✓ exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- ✓ procedimentos de fisioterapia;
- ✓ procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento; e
- ✓ o acompanhamento clínico em todo período pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos ao transplante, exceto medicamentos de manutenção.

o) 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 tópico “DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA”;**

p) 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 necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

q) atendimento por outros profissionais de saúde de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

r) oxigenoterapia hiperbárica, na forma indicada nas Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;

s) implante de Dispositivo Intra Uterino (DIU), incluindo o dispositivo;

t) laqueadura tubária e laqueadura tubária laparoscópica em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos cumulativamente os seguintes critérios:

- ✓ mulheres com capacidade civil plena;
- ✓ maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- ✓ seja observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- ✓ 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;
- ✓ em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado; e
- ✓ toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde;

u) vasectomia quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- ✓ homens com capacidade civil plena;
- ✓ maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- ✓ seja observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- ✓ 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;
- ✓ em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- ✓ 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;
- ✓ seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão; e

- ✓ avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente.
- 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 a 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 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 sua necessidade seja justificada pelo médico assistente.**
- 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.
- **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 excederam 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.

➤ DA 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 nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento.
- Entende-se hospital-dia psiquiátrico como recurso intermediário entre a internação e o ambulatorio, 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.

➤ DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Estão garantidos os seguintes atendimentos médicos e hospitalares relacionados abaixo:

a) 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;

b) procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério;

c) 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 horas, salvo contra-indicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias quando indicado pelo médico assistente;

d) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

e) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR, como seu DEPENDENTE, isento do cumprimento dos períodos de carência e da aplicação de Coberturas Parciais Temporárias, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.**

➤ DO ATENDIMENTO PARA ACIDENTE DE TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

- Estão garantidos os atendimentos médicos, hospitalares e odontológicos relacionados a acidentes de trabalho e à saúde ocupacional, bem como suas consequências, **observando-se em relação a esta última as exclusões previstas no tópico “DAS 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.

11. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

- Não estão asseguradas neste contrato as seguintes coberturas, observadas as ressalvas a que se referirem:
 - a) atendimentos domiciliares e enfermagem particular, independentemente das condições do beneficiário;
 - b) 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;
 - c) atendimentos em casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente;
 - d) atendimentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da relação contratual individual ou do cumprimento das carências previstas no tópico “DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA”;
 - e) 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 neste contrato para os casos de reembolso de despesas médicas e hospitalares;
 - f) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - g) 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);
 - h) fornecimento de vacinas;
 - i) cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não-reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - j) despesas com acompanhante, com exceção de pacientes menores de 18 (dezoito) anos de idade, maiores de 60 (sessenta) anos, assim como os portadores de necessidades especiais;
 - k) despesas extraordinárias do beneficiário, estas entendidas como telefonia, TV e internet, artigos de toilet, frigobar, perfumaria, embelezamento, restaurante, lanchonete, estacionamento e atividades para fins estéticos;
 - l) inseminação artificial;
 - m) necropsias;

n) 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;

o) remoção, ressalvados os casos expressamente previstos neste contrato;

p) qualquer outro tratamento, exame ou procedimento não constante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como aqueles que estejam em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;

q) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

r) tratamentos em estâncias hidrominerais, 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;

s) procedimentos, exames, atendimentos ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência contratada;

t) procedimentos de vasectomia e laqueadura tubária nos seguintes casos:

- ✓ esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores; e
- ✓ esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;

u) internações que não necessitem cuidados médicos em ambiente hospitalar;

v) 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;

w) procedimentos necessários ao seguimento de eventos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época de sua utilização ou em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;

x) 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 cirurgião-dentista não pertencente à entidade contratada mencionada na Proposta Contratual, salvo nos casos de reembolso expressamente previstos neste contrato;

y) 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, objeto da Norma Regulamentadora nº 07, da Secretaria de Segurança e Medicina no Trabalho, do Ministério do Trabalho, inclusive o desenvolvimento do PCMSO.

z) todos os procedimentos da especialidade de prótese dental não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS ou em desacordo com as Diretrizes Clínicas e de Utilização vigentes à época do evento;

aa) todos os procedimentos da especialidade de implantodontia, inclusive implantes dentários osteointegráveis e transplantes autógenos dentários; e

bb) todos os procedimentos da especialidade de ortodontia, nesta inclusos documentação, instalação e manutenção mensal de aparelhagem fixa ou móvel.

12. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

O contrato terá vigência de **4 (quatro) anos**, contados a partir de **1º de Março de 2014**, não havendo cobrança de qualquer taxa por parte da UNIMED-RIO relacionada à renovação e nem qualquer contagem dos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e seus DEPENDENTES.

➔ Este contrato foi prorrogado pelo prazo de 2 anos em 2018 e renovado por igual período em 2020. Em 2022 foi prorrogado por 12 meses, até 28/2/2023.

13. DOS PERÍODOS DE CARENÇA

- **Carência** é o período de tempo ininterrupto, contado a partir da inclusão de cada beneficiário, em que o BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou demais beneficiários ainda não gozam do direito de utilizar as coberturas asseguradas pelo plano contratado.
- Os beneficiários que se vincularem ao ABRIGO **após o período de 30 (trinta) dias da celebração do contrato**, poderão ser incluídos sem o cumprimento das carências definidas nesta sinopse, **até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato do ano subsequente a sua vinculação ao ABRIGO**.
- A assistência prevista nesta sinopse será prestada aos beneficiários regularmente inscritos, observadas as condições desta sinopse e as coberturas do produto contratado, imediatamente após o cumprimento das carências específicas contadas a partir da vigência do beneficiário no contrato, a saber:

a) **24 (vinte e quatro) horas** para atendimentos de urgência e emergência;

b) **30 (trinta) dias** para consultas médicas; exames de análises clínicas e histocitopatológicos, **exceto os constantes das alíneas subsequentes**; exames radiológicos **simples sem contraste**; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos, **exceto videolaringoscopia computadorizada**; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inaloterapia; e provas funcionais respiratórias;

c) 90 (noventa) dias para 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 das alíneas subsequentes**; fisioterapia; eletrocardiografia dinâmica (Holter); teste ergométrico; ultrassonografia, **à exceção das constantes das alíneas subsequentes**; perfil biofísico fetal e tococardiografia;

d) 180 (cento e oitenta) dias para ultrassonografia morfológica; dopplerfluxometria; e videolaringostroboscopia computadorizada;

e) 180 (cento e oitenta) dias para ecocardiografia/ecodoppler; e ultrassonografia com Doppler;

f) 180 (cento e oitenta) dias para 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;

g) 180 (cento e oitenta) dias para eletroencefalograma prolongado; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletromiografia; e eletroneuromiografia;

h) 180 (cento e oitenta) dias para medicina nuclear; cintilografia; mielografia; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; acupuntura; Tilt Teste; litotripsia; angiotomografia coronariana; tomografia de coerência óptica e pet-scan oncológico;

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

j) 180 (cento e oitenta) dias para terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer; radioablação / termoablação de tumores hepáticos no câncer primário de fígado; tratamento de tumores neuroendócrinos; radioterapia com modulação da intensidade do feixe (IMRT) para tumores da região da cabeça e pescoço; lobectomia pulmonar por videotoracoscopia; piloroplastia por videolaparoscopia; colecistojejunostomia por

videolaparoscopia; colecistostomia por videolaparoscopia; coledocotomia ou coledocostomia com ou sem colecistectomia por videolaparoscopia; enucleação de metástases hepáticas por videolaparoscopia; punção hepática para drenagem de abscessos por videolaparoscopia; ressecção de cisto hepático com ou sem hepatectomia por videolaparoscopia; nefrectomia laparoscópica; nefroureterectomia com ressecção vesical laparoscópica; pielolitomia laparoscópica; pieloplastia laparoscópica; ureteroureterostomia laparoscópica; cistectomia laparoscópica (inclui próstata ou útero); histerectomia subtotal laparoscópica com ou sem anexectomia; histerectomia total laparoscópica; histerectomia total laparoscópica ampliada; histerectomia total laparoscópica com anexectomia; endometriose - tratamento cirúrgico via laparoscópica; liberação laparoscópica de aderências pélvicas, com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingolise; gravidez ectópica - cirurgia por videolaparoscopia; colagem de fístula por via endoscópica; ligamentopexia pélvica laparoscópica; omentectomia laparoscópica; ressecção ou ligadura laparoscópica de varizes pélvicas; secção laparoscópica de ligamentos útero-sacros; nefropexia laparoscópica; ultrassonografia – peça cirúrgica; espectroscopia por ressonância magnética; rizotomia percutânea por radiofrequência; incontinência urinária - tratamento cirúrgico sling ou esfíncter artificial.

k) 300 (trezentos) dias para parto a termo.

➤ **REDUÇÃO DE CARÊNCIAS**

➤ Para beneficiários inscritos a partir da vigência do contrato, serão concedidos prazos de carências reduzidos de acordo com a “Tabela de Carências”, contados a partir do início da vigência do beneficiário, desde que sejam elegíveis às regras estabelecidas no tópico “REGRAS PARA A REDUÇÃO DE CARÊNCIAS”

➤ **TABELA DE CARÊNCIAS**

Item	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	Carências contratuais (5104)	Redução de Carências 2 (4001)
A	Atendimentos de urgência e emergência.	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero)
B	Consultas médicas; exames de análises clínicas e histocitopatológicos, exceto os constantes das alíneas subsequentes ; exames radiológicos simples sem contraste ; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos, exceto videolaringoestroboscopia computadorizada ; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inaloterapia; e provas funcionais respiratórias	30 (trinta) dias	0 (zero)

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 das alíneas subsequentes ; fisioterapia; eletrocardiografia dinâmica (Holter); teste ergométrico; ultrassonografia, à exceção das constantes das alíneas subsequentes ; perfil biofísico fetal e tococardiografia	90 (noventa) dias	0 (zero)
D	Ultrassonografia morfológica; dopplerfluxometria; e videolaringostroboscopia computadorizada	180 (cento e oitenta) dias	0 (zero)
E	ecocardiografia/ecodoppler; e ultrassonografia com Doppler	180 (cento e oitenta) dias	0 (zero)
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	0 (zero)
G	Eletroencefalograma prolongado; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletromiografia; e eletroneuromiografia	180 (cento e oitenta) dias	0 (zero)
H	Medicina nuclear; cintilografia; mielografia; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; acupuntura; Tilt Teste; litotripsia; angiotomografia coronariana; tomografia de coerência óptica e pet-scan oncológico	180 (cento e oitenta) dias	0 (zero)
I	Exames diagnósticos e/ou cirurgias por vídeo; endoscopias que não possam ser realizadas em consultório; laparoscopia diagnóstica e terapêutica; terapia renal substitutiva; internações clínicas ou cirúrgicas; exames e acompanhamentos intraoperatórios; transplante de rim e córneas e de medula óssea autóloga ou heteróloga (alogênica); genética molecular; citogenética; internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos e quadros de intoxicação ou abstinência	180 (cento e oitenta) dias	0 (zero)

	provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química; sessões de psicoterapia; consultas e sessões com: nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo; cirurgias bariátrica, cardíaca e refrativa (correção de miopia e hipermetropia, com ou sem astigmatismo) e o fornecimento das suas respectivas órteses e próteses; quimioterapia; radioterapia; transfusão de sangue e hemoderivados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; neurorradiologia; radiologia intervencionista; oxigenoterapia hiperbárica; radiocirurgia; assistência odontológica; terapia imunobiológica intravenosa; tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico; estudo ultrassonográfico intravascular; implante coclear; tratamento esclerosante de varizes; e todos os demais atendimentos médicos não elencados neste item.		
J	Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer; radioablação / termoablação de tumores hepáticos no câncer primário de fígado; tratamento de tumores neuroendócrinos; radioterapia com modulação da intensidade do feixe (IMRT) para tumores da região da cabeça e pescoço; lobectomia pulmonar por videotoracosopia; piloroplastia por videolaparoscopia; colecistojunostomia por videolaparoscopia; colecistostomia por videolaparoscopia; coledocotomia ou coledocostomia com ou sem colecistectomia por videolaparoscopia; enucleação de metástases hepáticas por videolaparoscopia; punção hepática para drenagem de abscessos por videolaparoscopia; ressecção de cisto hepático com ou sem hepatectomia por videolaparoscopia; nefrectomia laparoscópica; nefroureterectomia com ressecção vesical laparoscópica; pielolitomia laparoscópica; pieloplastia laparoscópica; ureteroureterostomia	180 (cento e oitenta) dias	0 (zero)

	laparoscópica; cistectomia laparoscópica (inclui próstata ou útero); histerectomia subtotal laparoscópica com ou sem anexectomia; histerectomia total laparoscópica; histerectomia total laparoscópica ampliada; histerectomia total laparoscópica com anexectomia; endometriose - tratamento cirúrgico via laparoscópica; liberação laparoscópica de aderências pélvicas, com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingolise; gravidez ectópica - cirurgia por videolaparoscopia; colagem de fístula por via endoscópica; ligamentopexia pélvica laparoscópica; omentectomia laparoscópica; ressecção ou ligadura laparoscópica de varizes pélvicas; secção laparoscópica de ligamentos útero-sacros; nefropexia laparoscópica; ultrassonografia – peça cirúrgica; espectroscopia por ressonância magnética; rizotomia percutânea por radiofrequência; incontinência urinária - tratamento cirúrgico sling ou esfínter artificial		
K	Parto a termo.	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias

Coberturas, serviços médicos e hospitalares	Redução de Carências 1 (4053)
Urgências e emergências; remoção	24 (vinte e quatro) horas
Internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos ou dependência química	90 (noventa) dias
Internações cirúrgicas	120 (cento e vinte) dias
Internações clínicas	120 (cento e vinte) dias
Aplicação de medula óssea autóloga; citogenética; genética molecular; oxigenoterapia hiperbárica; PET dedicado oncológico; próteses e órteses ligados ao ato cirúrgico; quimioterapia; radioterapia; transplantes de córneas e de rim; todos os procedimentos citados nas próximas regulamentações.	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

➤ REGRAS PARA A REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

- Haverá a “REDUÇÃO DE CARÊNCIAS 1” para os beneficiários:

- Sem um plano de saúde anterior; ou
 - Com um plano de saúde anterior que ofereça somente cobertura hospitalar ou padrão de acomodação em internação coletivo; ou
 - Que possua um plano de saúde anterior que não seja similar ao benefício decorrente da proposta de adesão e/ou que possua um plano de saúde anterior de operadora que não conste da “Relação de operadoras congêneres”; ou
 - Que possua um plano de saúde anterior, ainda que similar ao benefício decorrente da proposta de adesão e constante da “Relação de operadoras congêneres”, mas que esteja com atraso no valor mensal do benefício por período superior a 30 (trinta) dias, considerando-se a data do início de vigência do benefício decorrente da proposta de adesão.
- Haverá a “REDUÇÃO DE CARÊNCIAS 2” para os beneficiários:
 - Que possua algum plano de saúde ou seguro-saúde similar ao benefício decorrente da proposta de adesão, de operadora constante da “Relação de operadoras congêneres”, por no mínimo 12 (doze) meses ininterruptos. Além disso, o plano ou seguro anteriormente contratado pelo beneficiário deve estar ativo ou com inadimplência de, no máximo, 30 (trinta) dias anteriores ao início de vigência do benefício decorrente da proposta de adesão.
 - Haverá a ISENÇÃO TOTAL DAS CARÊNCIAS para os beneficiários;
 - Que possua algum plano de saúde da Unimed Rio similar ao benefício decorrente da proposta de adesão, por no mínimo 12 (doze) meses ininterruptos. Além disso, o plano anteriormente contratado pelo beneficiário deve estar ativo ou com inadimplência de, no máximo, 30 (trinta) dias anteriores ao início de vigência do benefício decorrente da proposta de adesão;
 - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Atendidas as condições para a redução de carências, deve cada beneficiário, obrigatoriamente, anexar cópia legível dos documentos a seguir, para análise e aprovação da Operadora.
 - Para Beneficiários oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:
 - a) Comprovante de início no plano de saúde anteriormente contratado (cópia do contrato ou cartão de identificação);
 - b) Cópia dos 3 (três) últimos recibos de pagamentos quitados ou declaração da operadora congênere, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).
 - c) Cópia legível do CPF do titular e dos dependentes maiores de idade, inclusive se o plano individual anterior for Unimed Rio.

- Para Beneficiários oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:
 - a) Declaração da Operadora ou Administradora de Benefícios em papel timbrado com carimbo de CNPJ (exclusivamente para beneficiários oriundos de um contrato coletivo por adesão), informando:
 - operadora contratada;
 - tipo de plano e padrão de acomodação em internação;
 - relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura.
 - b) Cópia legível do CPF do titular e dos dependentes maiores de idade, inclusive se o se o plano coletivo empresarial ou por adesão anterior for Unimed Rio.
- **RELAÇÃO DE OPERADORAS CONGÊNERES**

UNIMEDs; Amil; Assim; Bradesco; Dix; Golden Cross; Itauseg Marítima (Executivo I e II); Porto Seguro; SulAmérica; Tempo Saúde (Unibanco); Outras operadoras e planos de autogestão: sob consulta.

14. DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- **Declaração de Saúde** é o documento que passa a fazer parte integrante do Contrato, onde o BENEFICIÁRIO TITULAR é solicitado a prestar informações sobre as suas condições gerais de saúde e de seus DEPENDENTES incluídos, bem como sobre as lesões ou doenças preexistentes das quais tenha conhecimento e declara ser(em) portador(es) ou sofredor(es), ficando facultada à UNIMED-RIO a utilização de todos os meios aceitos para comprovar o conhecimento de sua existência anterior ao contrato.
- **Carta de Orientação ao Beneficiário** é o documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento de sua inscrição no plano.
- **A Declaração de Saúde e a Carta de Orientação ao Beneficiário deverão ser obrigatoriamente preenchidas e assinadas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR que deverá declarar, por si e por seus respectivos DEPENDENTES, ser(em) conhecedor(es) ou não da condição de portador(es) ou sofredor(es) de doença ou lesão preexistente.**
- A UNIMED-RIO poderá realizar entrevista e/ou solicitar outros documentos, através dos meios de comunicação disponíveis, visando esclarecer e confirmar a veracidade das informações prestadas na Declaração de Saúde.
- **Doença ou Lesão Preexistente** é aquela que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do plano.
- Havendo a constatação de alguma doença ou lesão preexistente à contratação, ao beneficiário portador da mesma será aplicada a Cobertura Parcial Temporária.

- **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é o período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual, exclusivamente as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR não têm cobertura integral, havendo, neste período, suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (internação em unidades de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde) e procedimentos de alta complexidade conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- Caso sejam identificados pela UNIMED-RIO, indícios de fraude por parte do BENEFICIÁRIO referente à omissão de conhecimento de lesão preexistente por ocasião da contratação do plano de assistência médica, a UNIMED-RIO comunicará o BENEFICIÁRIO sobre a alegação de omissão de informações através do Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá adotar as seguintes medidas:
 - 1) oferecer **Cobertura Parcial Temporária** ao BENEFICIÁRIO pelos meses restantes, a partir da data do recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data do início de vigência do plano; ou
 - 2) solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS quando da identificação do indício de fraude ou após a recusa do BENEFICIÁRIO à aplicação de **Cobertura Parcial Temporária**.
- Comprovada a fraude junto à ANS, a UNIMED-RIO poderá, a seu critério, cobrar as despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que o BENEFICIÁRIO tiver recebido o Termo de Comunicação ao Beneficiário e/ ou cancelar o plano do BENEFICIÁRIO que foi parte no processo administrativo.
- A hipótese acima resultará na exclusão do BENEFICIÁRIO que foi parte no processo administrativo.
- No caso do BENEFICIÁRIO excluído ser o TITULAR do plano, este poderá transferir a titularidade para algum dos seus BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, porventura inscritos, mediante prévia e expressa solicitação do BENEFICIÁRIO TITULAR à UNIMED-RIO, **devendo fazê-lo no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR**.
- **Termo de Comunicação ao Beneficiário** é a carta enviada ao BENEFICIÁRIO para solicitar o seu comparecimento à UNIMED-RIO para retificação da Declaração de Saúde, em função da possibilidade de haver doença ou lesão preexistente não declarada.
- Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.
- É vedada a alegação de omissão de informação de Doença e Lesão Preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no BENEFICIÁRIO.

15. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

➤ DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ASSISTENCIAL

A definição de **urgência e emergência** prevista no artigo 35-C da Lei nº 9.656/98 é:

- **Urgência:** situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- **Emergência:** situações que impliquem risco imediato de vida ou de 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 contrato, não terão direito às coberturas assistenciais em hipótese alguma. Cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os casos de urgência e emergência terão atendimento assistencial conforme as regras previstas neste tópico a seguir explicitadas, observando-se os prazos carenciais específicos para cada um dos procedimentos listados em tema próprio.
- Os casos de emergência, **ocorridos durante os períodos de carência** previstos nesta sinopse, 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 o período de carência** previstos nesta sinopse, também 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 e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade estritamente relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes terão cobertura durante as primeiras 12 (doze) horas ou, por prazo inferior, caso haja necessidade de internação.
- Ao término do prazo das 12 (doze) horas em regime ambulatorial e/ou havendo necessidade de internação hospitalar caracterizada pelo médico assistente, mesmo que dentro dessas doze primeiras horas, cessará por completo para a UNIMED-RIO a responsabilidade pelas despesas médicas e hospitalares a partir daí decorrentes. 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 SUS.
- Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo 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 CONTRATADA 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 TITULAR 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 das 12 (doze) horas.
- A CONTRATADA garantirá os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.
- Após cumpridas as carências e a Cobertura Parcial Temporária, 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.

➤ DO REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES

- A UNIMED-RIO assegurará o reembolso das despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo beneficiário **em casos de urgência e emergência, exclusivamente quando não for possível a utilização da assistência própria ou contratada pelo Sistema Nacional Unimed, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo plano contratado, o valor expresso na Tabela de Referência da Assistência Médica, Hospitalar e Obstétrica, as carências contratuais, as Coberturas Parciais Temporárias e o custo dos atendimentos.**
- O reembolso será feito com a apresentação dos documentos previstos neste tópico e tomando como base os valores constantes da Tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar da UNIMED-RIO vigente na data do evento, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias** após a apresentação dos documentos originais e validação dos documentos pela UNIMED-RIO.
- Para fins de realização do reembolso exigir-se-á a apresentação dos seguintes documentos originais:
 - a) relatório do médico assistente constando: nome do paciente, justificativa para o atendimento de urgência ou emergência, tratamento efetuado, data do atendimento e tempo de permanência no hospital e datas de internação e alta hospitalar, quando for o caso;
 - b) conta hospitalar, discriminando materiais e medicamentos utilizados e preço por unidade, juntamente com notas fiscais devidamente quitadas ou recibos do estabelecimento hospitalar;
 - c) recibo de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros profissionais, discriminando funções e o evento a que se referem; e
 - d) comprovantes relativos aos exames e serviços complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

➤ DA REMOÇÃO

- Está garantida a remoção terrestre, motivada por atendimento assegurado, desde que justificada pelo médico assistente e previamente autorizada pela UNIMED-RIO, quando for:

a) realizada entre estabelecimentos hospitalares pertencentes à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município de Duque de Caxias e do município 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 do município de Duque de Caxias e do município 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.

16. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

➤ DAS CONDIÇÕES PARA O ATENDIMENTO

Para que os beneficiários recebam o atendimento médico, hospitalar, obstétrico e odontológico contratado, é necessário que:

a) **tenham cumprido os prazos de carência fixados e as Coberturas Parciais Temporárias;**

b) **os atendimentos médicos sejam executados exclusivamente por médico cooperado, exceto nos casos de reembolso de despesas assistenciais expressamente previstos neste contrato;**

c) **os atendimentos odontológicos sejam 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;**

d) **sejam respeitados os limites, as coberturas e todas as demais condições estipuladas para o plano por ora contratado; e**

e) **sejam apresentados o Cartão de Identificação com um documento de identidade oficialmente reconhecido do beneficiário ou do responsável por este.**

- Os serviços diagnósticos, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais **podem ser solicitados** pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição somente aos cooperados.

➤ **DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA COBERTURA DOS PRODUTOS**

➤ **DOS PLANOS CONTRATUAIS COM ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA NACIONAL**

- **Os beneficiários inscritos em planos com abrangência geográfica nacional** receberão atendimento **dentro do território nacional**, sendo a assistência médica e hospitalar prestada através das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, da seguinte forma:

a) se estiverem no município de Duque de Caxias e no município do Rio de Janeiro, serão atendidos diretamente pela UNIMED-RIO, através de seus médicos cooperados e da sua rede credenciada de hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros; e

b) se estiverem nos demais municípios do território brasileiro, serão atendidos por uma das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, sempre em conformidade com os respectivos recursos técnicos de que disponha para fazê-lo. Nesse caso, o beneficiário deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas da UNIMED-RIO, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento.

- **Os beneficiários inscritos** receberão atendimento **dentro do território nacional**, sendo a assistência odontológica prestada através das cooperativas odontológicas integrantes do Sistema Nacional Uniodonto da seguinte forma:

a) se estiverem no município de Duque de Caxias ou no município do Rio de Janeiro, serão atendidos diretamente pela UNIODONTO através de seus odontólogos cooperados e da sua rede credenciada ou contratada; e

b) se estiverem nos demais municípios do território brasileiro, serão atendidos por uma das cooperativas odontológicas integrantes do Sistema Nacional Uniodonto, 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 (vinte e quatro) horas da UNIODONTO, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento.

➤ **DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

- Para realização dos atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais, bem como os exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, será necessária a obtenção da autorização prévia da UNIMED-RIO.
- As consultas não necessitarão de autorização prévia.

➤ **DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM DESACORDO COM O PLANO CONTRATADO**

- A UNIMED-RIO não se responsabilizará em hipótese alguma pelos atendimentos realizados durante os períodos de carência ou de cobertura parcial temporária ou, ainda,

que estejam em desacordo com o disposto no plano contratado, bem como por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos cooperados ou não, hospitais ou entidades credenciadas ou não, correndo essas despesas por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO TITULAR.

➤ **DA ATUALIZAÇÃO / ALTERAÇÃO DO GUIA MÉDICO E / OU ODONTOLÓGICO**

- À UNIMED-RIO é facultada a substituição dos prestadores hospitalares vinculados a este contrato, desde que por outro equivalente e mediante prévia comunicação à CONTRATANTE e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da UNIMED-RIO, durante o período de internação dos beneficiários, o estabelecimento obriga-se a manter a internação, e a UNIMED-RIO, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico, na forma do contrato.
- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a UNIMED-RIO arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para a CONTRATANTE.
- O redimensionamento da rede hospitalar por redução somente será realizado após solicitação de autorização expressa à ANS.
- A rede de prestadores de serviços será divulgada no Guia Médico, bem como no sítio da UNIMED-RIO na internet: www.unimedrio.com.br.

➤ **DA PERDA OU EXTRAVIO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**

- Ocorrendo perda ou extravio do Cartão de Identificação, a CONTRATANTE deverá, através do envio de formulário próprio e Termo de Responsabilidade firmado, comunicar o fato à UNIMED-RIO, que providenciará o seu cancelamento e emissão da segunda via observadas, nesta segunda hipótese, as normas da UNIMED-RIO que estiverem em vigor na época da requisição.

➤ **DA INSPEÇÃO E PERÍCIA**

- À UNIMED-RIO fica reservado o direito de realizar exames médicos ou odontológicos 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.

➤ **DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA**

- Caso haja divergência médica sobre as coberturas previstas no contrato para exames, procedimentos, tratamentos e internações, o impasse será resolvido através de Junta

Médica, composta por 03 (três) profissionais médicos, conforme o caso, sendo um profissional escolhido pela UNIMED-RIO, outro pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos demais nomeados.

- Os médicos escolhidos pela UNIMED-RIO e pelo BENEFICIÁRIO TITULAR serão de responsabilidade financeira de cada um, sendo que o profissional desempatador será remunerado pela UNIMED-RIO.
- Não havendo acordo entre as partes sobre a escolha do médico desempatador, a decisão de escolha será solicitada para uma das Sociedades Médicas situadas no município do Rio de Janeiro.
- Na hipótese de a junta médica não ser formada por inércia do BENEFICIÁRIO TITULAR na realização da sua indicação quanto ao profissional escolhido, a UNIMED-RIO poderá suspender a autorização do atendimento para o procedimento médico-hospitalar, conforme o caso, até que seja feita essa nomeação e a solução do impasse pela junta médica.

➤ **DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL COM COPARTICIPAÇÃO**

- Quando contratados os planos que preveem a assistência ambulatorial com coparticipação, estão assegurados os atendimentos previstos no item “Das Consultas” mediante a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS nas despesas de consultas em regime ambulatorial, no valor de R\$ 30,00 (trinta reais) por consulta realizada.
- O valor da coparticipação será cobrado do CONTRATANTE, na mensalidade imediatamente possível e posterior à data em que a UNIMED-RIO efetuar o pagamento ao médico cooperado/prestador credenciado.
- Os planos Unipart Alfa 2 (0114), Unipart Alfa 2 Dental (0114), Unipart Beta 2 (0114) e Unipart Beta 2 Dental (0114) serão disponibilizados exclusivamente para os beneficiários migrados do contrato encerrado em 28 de fevereiro de 2014.

17. DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- A CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIMED-RIO, por seus beneficiários inscritos, sob a forma de pós-pagamento, os valores constantes na tabela disponível no site www.unimedrio.com.br/abrigodomarinheiro, relativos ao preço mensal por beneficiário, de acordo com o produto e cobertura opcionais contratadas.

➤ **DO CÁLCULO DO PREÇO MENSAL POR BENEFICIÁRIO**

- Os preços mensais são fixados com base em cálculo atuarial, que leva em consideração os custos da assistência assegurada conforme o plano escolhido, os benefícios colocados à disposição dos beneficiários, bem como a frequência de utilização dos mesmos, sendo estabelecidos de acordo com o perfil etário que está apresentado na Proposta Contratual, que é parte integrante do presente contrato, para todos os fins de direito.

- A UNIMED-RIO estará obrigada a excluir o BENEFICIÁRIO previamente indicado pela CONTRATANTE, sendo toda a movimentação de absoluta e exclusiva responsabilidade da CONTRATANTE.
- O retorno dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e DEPENDENTES excluídos ao plano será possível somente após 180 (cento e oitenta) dias da data de exclusão, mediante o cumprimento das carências previstas no tópico “DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA”.
- A CONTRATANTE assumirá exclusivamente todo e qualquer custo decorrente de seus atos, inclusive aqueles judiciais e administrativos perante o órgão regulador.
- Entende-se como de responsabilidade da CONTRATANTE toda e qualquer ação decorrente de seus atos, dentre outros:
 - a) movimentações cadastrais; e
 - b) cobranças e todas as vertentes que envolvem este processo (valores que não os informados pela UNIMED-RIO, devoluções aos BENEFICIÁRIOS TITULARES de valores pagos decorrentes de cobranças indevidas e notificações de inadimplência).
- A UNIMED-RIO só poderá excluir a assistência à saúde dos BENEFICIÁRIOS, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses, mediante comunicação prévia:
 - a) fraude; e
 - b) por perda do vínculo do BENEFICIÁRIO TITULAR e respectivos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES inscritos.
- Não caberá à CONTRATANTE qualquer responsabilidade sobre eventuais ocorrências, de caráter accidental ou não, operatório ou não, em hospital, clínica, laboratório, consultório ou quaisquer outros locais, decorrentes de ato, opinião, tratamento ou procedimento médico, odontológico ou hospitalar, resultantes da assistência prestada por profissionais e/ou estabelecimentos credenciados pela UNIMED-RIO.
- A cobertura do plano contratado é do primeiro ao último dia de cada mês, sendo a cobrança das mensalidades e dos valores relativos às coberturas opcionais e à coparticipação sob a forma de pós-pagamento.
- Cabe a cobrança de coparticipações devidas mesmo depois de cancelado o plano de saúde.

18. DO REAJUSTE

➤ DO REAJUSTE FINANCEIRO

- O reajuste financeiro tomará como base a variação do IGP (Índice Geral de Preços) – Segmento Saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo, visando a manter o equilíbrio financeiro do contrato em relação ao aumento dos custos médicos e hospitalares, incluídos novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento. Observar-se-á, 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.

- O reajuste financeiro será aplicado anualmente, ou na menor periodicidade possível, permitida por lei.
- Os valores das mensalidades relativas às inclusões de BENEFICIÁRIOS TITULARES e respectivos DEPENDENTES, independentemente da data de ingresso no plano, serão reajustados quando do aniversário do contrato, unificando-se as respectivas datas-base.
- A cobertura odontológica e as coberturas opcionais contratadas poderão ser reajustadas financeiramente, mediante Termo Aditivo ao Contrato, pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar, salvo quando apresentarem em suas condições índices de variação específicos.

➤ DO REAJUSTE TÉCNICO DA SINISTRALIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE

- Objetivando a manutenção do equilíbrio técnico-atuarial do contrato, anualmente, os preços poderão ser reajustados com base na sinistralidade acumulada.
- Para efeito do disposto neste item, entende-se por sinistralidade acumulada do próprio contrato (ISper), o resultado da divisão entre o somatório dos custos dos eventos (atendimentos) ocorridos (S) diminuído da arrecadação das coparticipações (COPART) e o somatório das respectivas mensalidades dos planos de saúde emitidas (R), diminuída dos descontos referentes à Contribuição para Fins Sociais (CFS) concedida ao Abrigo do Marinheiro, no período em análise, conforme apurado na fórmula:

$$IS_{per} = (S - COPART) / (R - CFS)$$

- Para o cálculo da sinistralidade acumulada (ISper), considera-se como eventos ocorridos o somatório dos atendimentos já avisados à operadora e a estimativa de eventos ocorridos mas ainda não avisados (EONA).
- Será considerado como período de apuração os 12 (doze) meses do período de análise da sinistralidade.
- O reajuste técnico-atuarial será calculado de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Preço Reajustado (PR)} = \text{Preço Atual (PA)} \times \text{Fator de Reajuste (FR)}.$$

Onde,

$$FR = IS_{per} / IS_{max}$$

- IS_{max} corresponde ao índice de sinistralidade máxima definida na Proposta Contratual.
- O reajuste previsto no item anterior só será aplicado **quando (FR) for maior ou igual a 1.**

➤ DAS CONDIÇÕES PARA REAJUSTE

- **Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.**
- Este contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato.
- **O reajuste integral dar-se-á na data de aniversário da vigência do contrato, independentemente da data de inclusão dos beneficiários.**
- **Não haverá aplicação de reajustes diferenciados para este contrato.**
- **Os reajustes aplicados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no prazo máximo de até 30 (trinta) dias após a sua efetivação.**
- O reajuste anual será negociado a partir de outubro de cada ano, com base nos dados dos últimos 12 (doze meses), para ser aplicado a partir da data de aniversário do contrato.
- Os reajustes anuais das mensalidades das coberturas pactuadas serão obrigatoriamente lavrados nos competentes termos aditivos ao contrato, que deverão conter nova tabela, em substituição à anterior (Tabelas de Preços) e as respectivas memórias de cálculo que os embasam, a indicação dos índices reais apurados e a indicação do índice de reajuste final pactuado entre as partes, se diferente do obtido pelos cálculos avençados, assim como as explicações que se façam necessárias.
- O reajuste do valor das coparticipações em consultas (se houver) será feito, no aniversário do contrato, desde que a UNIMED-RIO aumente o valor pago por consulta a seus médicos credenciados, mantendo-se a mesma proporção adotada no início da vigência contratual. Tal aumento deverá ser lavrado no competente termo aditivo ao contrato.

19. DAS FAIXAS ETÁRIAS

- Para efeito deste contrato, as faixas etárias são as seguintes:
 - a) 00 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
 - b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
 - c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
 - d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
 - e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;

- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade; e
- j) 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais.

- **O deslocamento para faixa etária superior de qualquer um dos beneficiários implicará no reajuste dos respectivos preços mensais**, a ser aplicado automaticamente a partir do mês seguinte ao do aniversário, de acordo com os percentuais de reajuste estabelecidos:

Faixa Etária (anos)	Reajuste (%)
00 a 18	-
19 a 23	17,41
24 a 28	33,00
29 a 33	14,98
34 a 38	12,99
39 a 43	18,18
44 a 48	2,17
49 a 53	19,43
54 a 58	39,56
59 ou mais	46,94

- O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
- A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- Os percentuais para reajuste da mensalidade por mudança de faixa etária não incidirão sobre a cobertura odontológica e sobre as coberturas opcionais que tenham sido contratadas.

20. DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

➤ DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

- A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR ocasionará necessariamente a exclusão dos respectivos DEPENDENTES inscritos, exceto nos casos em que a exclusão decorrer de julgamento final favorável em processo administrativo por alegação de fraude na Declaração de Saúde, hipótese em que o BENEFICIÁRIO TITULAR será excluído, podendo ser mantidos os demais beneficiários no plano, observadas as disposições estabelecidas em tema próprio.

- Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES serão excluídos nas seguintes situações:
 - a) o cônjuge, com o término do vínculo conjugal;
 - b) o companheiro, com o fim da união estável;
 - c) a qualquer momento a pedido do BENEFICIÁRIO TITULAR, por intermédio da CONTRATANTE.
- É obrigação da CONTRATANTE, em caso de exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR ou do DEPENDENTE e/ou cancelamento ou rescisão do contrato, devolver os respectivos Cartões de Identificação ou os Termos de Responsabilidade firmados e quaisquer outros documentos que possibilitem a utilização da assistência contratada, respondendo sempre e sob todos os aspectos perante a Unimed-Rio, até a data da devolução, pelos prejuízos resultantes do uso indevido, eximindo-se a Unimed-Rio de qualquer responsabilidade deles decorrentes, desde que os atendimentos realizados não necessitem de autorização prévia por parte da operadora.
- Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obtenção de atendimento, mesmo que na forma contratada, pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou DEPENDENTE, que perder essa condição por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, com ou sem o conhecimento dos mesmos.
- Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES que perderem a condição de dependência serão excluídos caso não possam permanecer no contrato como:
 - a) BENEFICIÁRIO TITULAR; ou
 - b) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE de outro BENEFICIÁRIO TITULAR.
- Os BENEFICIÁRIOS TITULARES e DEPENDENTES que perderem a condição de beneficiário deste contrato poderão assinar contratação individual ou familiar em até 30 (trinta) dias, a contar da data da perda desse direito, aproveitando-se o tempo de permanência na presente contratação para fins de compensação das carências e das coberturas parciais temporárias, **desde que o novo produto seja equivalente ao que possuíam.**

21. DA RESCISÃO/SUSPENSÃO

➤ DA RESCISÃO MOTIVADA:

- Rescinde- o contrato, mediante prévia notificação nos casos de fraude, por extinção, independente do prazo de vigência e de notificação judicial ou extrajudicial, considerando-se dentre outras, as situações abaixo:
 - a) caso as partes não cheguem a um consenso quanto à revisão de preços em decorrência da mudança do perfil etário dos beneficiários;
 - b) qualquer ato ilícito civil ou penal praticado pela CONTRATANTE, em prejuízo da UNIMED-RIO;

c) omissão ou distorção de informações que caracterize fraude em prejuízo da UNIMED-RIO;

d) a qualquer momento se as partes não cumprirem fielmente as condições, sem prejuízo das demais penalidades previstas nesta sinopse; e

e) se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 30 (trinta) dias consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso, ou, a critério da UNIMED-RIO, das despesas médicas e hospitalares porventura realizadas no período de inadimplência.

➤ DA SUSPENSÃO DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL

- A UNIMED-RIO suspenderá toda e qualquer movimentação contratual, se alguma mensalidade permanecer sem pagamento, por prazo igual ou superior a 10 (dez) dias, não se responsabilizando por inclusões não efetivadas e por despesas realizadas pelos beneficiários não incluídos, durante o período do inadimplemento.
- O pagamento do reembolso dos procedimentos realizados durante o período de inadimplência também será suspenso.
- Nas hipóteses acima, a CONTRATANTE se compromete a informar essa suspensão a todos os seus beneficiários inscritos.

22. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

➤ DAS DEFINIÇÕES

- Para efeito deste documento e visando a melhor compreensão de seus tópicos e condições, bem como a correta utilização da assistência contratada, devem ser observadas as seguintes definições:

a) **Acidente Pessoal** é aquele ocorrido de forma imprevista, involuntária, violenta e externa durante a relação contratual de cada beneficiário inscrito, com data e descrição comprovadas, ocasionador de lesões físicas que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar;

b) **Aconselhamento para Planejamento Familiar** é o processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal, relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/ AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto;

c) **Ano** é o período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados do início de vigência da relação contratual de cada beneficiário inscrito;

d) **Anticoncepção** é a prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

- e) **Assistência Ambulatorial** é aquela que assegura os atendimentos referentes a consultas médicas, exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, inclusive cirurgias de pequeno porte, para os quais não haja necessidade de internação hospitalar;
- f) **Assistência Hospitalar** é aquela prestada em ambiente hospitalar, decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exijam a internação do beneficiário;
- g) **Atendimento clínico para Planejamento Familiar** é realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção;
- h) **Atividades educacionais para Planejamento Familiar** são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive a sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
- i) **Cartão de Identificação** é o cartão individual e intransferível emitido pela UNIMED-RIO, que identifica o beneficiário e torna possível a utilização das coberturas contratadas;
- j) **Certificado Contratual** é o documento emitido pela UNIMED-RIO, de porte obrigatório para a obtenção de atendimento, que serve para formalizar o cadastramento do BENEFICIÁRIO TITULAR e de seus DEPENDENTES e AGREGADOS, do qual constam: data de início da relação contratual individual de cada beneficiário inscrito; plano e opcionais contratados; seus respectivos preços; Coberturas Parciais Temporárias e respectivos prazos de vigência; prazos de carência, entre outros, e torna possível a utilização das coberturas contratadas;
- k) **Concepção** é a fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
- l) **Coparticipação** é a parcela da despesa a ser paga pela CONTRATANTE após a realização de determinados procedimentos médicos e/ou hospitalares, pelos seus BENEFICIÁRIOS TITULARES e demais beneficiários inscritos;
- m) **Doença Crônica** é a que exige tratamento ou acompanhamento médico de forma contínua ou intermitente;
- n) **Eletivo** é o procedimento médico previamente programado, não considerado de urgência ou emergência;
- o) **Inseminação artificial** é uma técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

p) **Medicamentos Adjuvantes** são aqueles empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;

q) **Medicamentos para Tratamento Domiciliar** são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);

r) **Órtese** é qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

s) **Planejamento familiar** é o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

t) **Proposta Contratual** é o documento contratual que, preenchido e assinado pela CONTRATANTE, formaliza seu interesse em contratar a assistência objeto do contrato, sendo entregue e protocolada na UNIMED-RIO. A Proposta contém os dados cadastrais da CONTRATANTE, dados do representante legal, dados dos representantes de vendas da UNIMED-RIO, informações complementares, Declaração de Conhecimento e Oferecimento, Declarações Gerais da CONTRATANTE, os produtos contratados e seus respectivos preços, entre outros, sendo parte integrante desta sinopse;

u) **Prótese** é qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

v) **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, relacionadas no Guia Médico;

w) **Tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar – TRAMH** é a relação de procedimentos médicos e hospitalares e seus respectivos preços, a ser utilizada nos casos em que for necessária a aferição de custo da assistência prestada, devidamente registrada em cartório, e será utilizada para fins de reembolso de despesas médicas e hospitalares;

x) **Tabela de Referência da Assistência Odontológica - TRAO** é a relação de procedimentos odontológicos e seus respectivos preços, a ser utilizada nos casos em que for necessária a aferição de custo da assistência prestada, devidamente registrada em cartório, e será utilizada para fins de reembolso das despesas odontológicas efetuadas pelo beneficiário em casos de urgência e emergência no limite das coberturas contratadas.

y) **Acompanhamento clínico pós-operatório** é aquele que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato

(entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

z) **Medicamento Genérico** é o medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999;

aa) **Medicamento Fracionado** é o medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

➤ **DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS**

- Após a inclusão dos beneficiários, a UNIMED-RIO encaminhará à CONTRATANTE, para distribuição aos BENEFICIÁRIOS TITULARES, os seguintes documentos:

a) os **Cartões de Identificação e os Certificados Individuais** de cada um dos beneficiários inscritos no contrato, onde estão evidenciados, além do código e nome do beneficiário, o nome da CONTRATANTE, o prazo de validade do cartão e o plano contratado;

b) o **Guia Médico**, em quantidade proporcional ao número de BENEFICIÁRIOS TITULARES inscritos, onde consta a relação de médicos cooperados por especialidade, laboratórios, hospitais, clínicas e prontos-socorros, classificados de acordo com o padrão de rede assistencial, bem como a relação das demais cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed, com os respectivos endereços;

c) o **Guia Odontológico**, em quantidade proporcional ao número de BENEFICIÁRIOS TITULARES inscritos, possuidores dessa cobertura, onde consta a relação de odontólogos por especialidade; e

d) o **Guia de Leitura Contratual - GLC**, em quantidade proporcional ao número de BENEFICIÁRIOS TITULARES, onde constará, dentre outras informações, os prazos de carência, a vigência contratual, os critérios de reajuste, a segmentação assistencial e a abrangência geográfica do plano.

➤ **DA ESCOLHA DO PLANO**

- A CONTRATANTE, a seu exclusivo critério e por ocasião da contratação, escolherá para cada BENEFICIÁRIO TITULAR, **apenas um entre os planos oferecidos pela UNIMED-RIO**, estabelecendo a extensão da cobertura, o registro do produto na ANS, a abrangência geográfica, o padrão da rede assistencial e o tipo de acomodação hospitalar a que terá direito. **Os DEPENDENTES serão inscritos obrigatoriamente no mesmo plano escolhido para o BENEFICIÁRIO TITULAR.**

A escolha constará dos documentos ou meios próprios indicados pela UNIMED-RIO para inclusão dos beneficiários.

➤ **DOS PLANOS CONTRATUAIS**

➤ **DOS PLANOS COM ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA NACIONAL**

- 23.4.1.1. Os planos Unimed Alfa 2 (0114), Unimed Beta 2 (0114), Unimed Delta 2 (0114) e Unimed Ômega Plus (0114) asseguram, dentro do território nacional, assistência ambulatorial (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos) e assistência hospitalar com obstetrícia (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas).
- 23.4.1.2. Os planos Unimed Alfa 2 Dental (0114), Unimed Beta 2 Dental (0114), Unimed Delta 2 Dental (0114) e Unimed Ômega Plus Dental (0114) asseguram, dentro do território nacional, assistência ambulatorial (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos), assistência hospitalar com obstetrícia (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e assistência odontológica.
- 23.4.1.3. Os planos UniPart Alfa 2 (0114) e UniPart Beta 2 (0114) asseguram, dentro do território nacional, assistência ambulatorial (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos) com coparticipação dos BENEFICIÁRIOS nas despesas de consultas em regime ambulatorial, e assistência hospitalar com obstetrícia (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas).
- 23.4.1.4. Os planos UniPart Alfa 2 Dental (0114) e UniPart Beta 2 Dental (0114) asseguram, dentro do território nacional, assistência ambulatorial (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos) com coparticipação dos BENEFICIÁRIOS nas despesas de consultas realizadas em regime ambulatorial, e assistência hospitalar com obstetrícia (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) e assistência odontológica.
- 23.4.1.5. Os planos Unimed Alfa 2 (0114), Unimed Alfa 2 Dental (0114), UniPart Alfa 2 (0114) e UniPart Alfa 2 Dental (0114) asseguram direito à acomodação em quarto coletivo (enfermaria), conforme o padrão da rede assistencial Alfa 2.
- 23.4.1.6. Os planos Unimed Beta 2 (0114), Unimed Beta 2 Dental (0114), UniPart Beta 2 (0114), UniPart Beta 2 Dental (0114), Unimed Delta 2 (0114), Unimed Delta 2 Dental (0114), Unimed Ômega Plus (0114) e Unimed Ômega Plus Dental (0114) asseguram direito à acomodação em quarto individual com banheiro privativo.
- 23.4.1.7. Os planos Unimed Beta 2 (0114), Unimed Beta 2 Dental (0114), UniPart Beta 2 (0114) e UniPart Beta 2 Dental (0114) utilizam o padrão da rede assistencial Beta 2.
- 23.4.1.8. Os planos Unimed Delta 2 (0114) e Unimed Delta 2 Dental (0114) utilizam o padrão da rede assistencial Delta 2.
- 23.4.1.9. Os planos Unimed Ômega Plus (0114) e Unimed Ômega Plus Dental (0114) utilizam o padrão da rede assistencial Ômega Plus.

➤ **DAS TRANSFERÊNCIAS DE PLANOS**

- A CONTRATANTE poderá optar pela transferência de qualquer um dos BENEFICIÁRIOS TITULARES para outro plano previsto nesta contratação e indicado na Proposta Contratual, em qualquer época após o início de vigência do contrato, **desde que observadas as seguintes condições:**

a) quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou tipo de acomodação para padrão superior, os beneficiários deverão cumprir prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, de 300 (trezentos) dias para parto a termo e de 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, ficando garantida, no entanto, a utilização da rede assistencial e/ou o tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência correspondente;

b) quando a transferência implicar mudança de rede e/ou tipo de acomodação para padrão inferior, o atendimento continuará sendo prestado sem interrupção, desde que a transferência seja realizada após 12 (doze) meses contados da última internação hospitalar do beneficiário a ser transferido, caso esta tenha havido, e que ele não esteja cumprindo carências. Caso não tenha havido nenhuma internação, a transferência poderá ser realizada a qualquer tempo, desde que o beneficiário já tenha cumprido o prazo carencial.

c) a transferência do BENEFICIÁRIO TITULAR acarretará a transferência dos seus BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES eventualmente inscritos; e

d) os beneficiários transferidos serão inscritos em outro produto devidamente registrado na ANS e com número de registro próprio e distinto do produto de origem.

➤ **DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS**

➤ **DO SEGURO POR MORTE NATURAL OU MORTE 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 junto à UNIMED-RIO em produto com abrangência geográfica nacional e estar a CONTRATANTE em dia com o pagamento das mensalidades do plano de assistência médica e hospitalar na data do óbito;

b) ter cumprido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias de permanência no contrato, contados da data do início da relação contratual individual, para a morte natural e 24 (vinte e quatro) horas, para a morte acidental; e

c) ter a idade mínima de 14 (quatorze) e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos por ocasião da data do início da sua relação contratual individual como BENEFICIÁRIO TITULAR.

- Para efeito deste contrato, na ausência de indicação expressa dos Favorecidos, adotar-se-á as seguintes indicações:

Estado Civil do Beneficiário Titular	Favorecidos
1. Casado (a).	O cônjuge e, na falta deste, 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.	50% (cinquenta por cento) a(o) companheira (o) e 50% (cinquenta por cento) aos filhos.
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 com reversão entre si.
5. Viúvo (a), divorciado (a), separado (a) judicialmente, solteiro(a), sem companheira(o) e sem filhos.	Os pais, na falta destes, os irmãos, em partes iguais e, na falta destes, segundo a ordem de sucessão, conforme a legislação pertinente.

- **O BENEFICIÁRIO TITULAR** poderá, a qualquer tempo, solicitar, por escrito, a alteração dos seus Favorecidos.
- Para fazer jus ao benefício, os Favorecidos do BENEFICIÁRIO TITULAR falecido, por intermédio da CONTRATANTE, deverão apresentar à UNIMED-RIO os seguintes documentos em cópias autenticadas:
 - a) certidão de óbito;
 - 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 (Certidão de União estável lavrada em cartório), **no caso de companheiro (a)**; e

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 à liquidação do sinistro.

- Está excluída da cobertura de morte natural / acidental 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;

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;

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 do 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; e

q) uso de material nuclear.

- O atraso nos pagamentos das mensalidades do plano de assistência médica e hospitalar implicará a suspensão da cobertura do seguro previsto neste tópico até que os mesmos sejam regularizados.
- Os valores do seguro por morte natural e por morte acidental constam do Certificado Individual.
- O seguro previsto neste tópico 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 e independente de qualquer prévio aviso.

➤ **BENEFÍCIO FAMÍLIA**

- É o benefício que garante aos BENEFICIÁRIOS dependentes relacionados no tópico abaixo adiante permanecerem com direito, única e exclusivamente, à assistência médica e hospitalar após a morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, sem pagar as mensalidades, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contado da data do óbito, observadas as condições estabelecidas neste contrato, em especial nesta e nas a seguir:
- O BENEFÍCIO FAMÍLIA será concedido desde que observadas as seguintes condições:
 - a) o BENEFICIÁRIO TITULAR deve estar inscrito em produto com abrangência geográfica nacional há mais de 6 (seis) meses;
 - b) o pagamento das mensalidades referentes a este contrato deve estar em dia na data do óbito;
 - c) a assistência médica e hospitalar a que os BENEFICIÁRIOS dependentes terão direito através do BENEFÍCIO FAMÍLIA será igual àquela que possuíam, quando do falecimento do BENEFICIÁRIO TITULAR;
 - d) a cobertura odontológica e as coberturas opcionais estão excluídas do BENEFÍCIO FAMÍLIA, independente de contratados no plano anterior à concessão deste benefício;
 - e) a cobertura odontológica e as coberturas opcionais não poderão ser incluídas após a concessão do BENEFÍCIO FAMÍLIA, mesmo que os BENEFICIÁRIOS se disponham a efetuar o pagamento dos mesmos; e
 - f) os BENEFICIÁRIOS dependentes devem apresentar a certidão de óbito do BENEFICIÁRIO TITULAR, além dos documentos necessários para a comprovação da dependência.
- Para concessão do BENEFÍCIO FAMÍLIA, serão considerados BENEFICIÁRIOS, exclusivamente: cônjuge, companheiro, vedada a eventual concorrência deste com o cônjuge, salvo se por determinação judicial, filhos solteiros com idade inferior a 25 (vinte e cinco) anos, filhos do companheiro, enteados, tutelados e menores sob guarda por força de decisão judicial, todos equiparados aos filhos solteiros e filhos inválidos de qualquer idade.

- Perderá imediatamente o direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA o beneficiário que, no curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder a condição de beneficiário definida no tópico acima.
- Os dependentes inscritos após a inclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR farão jus ao benefício se, na época do falecimento do BENEFICIÁRIO TITULAR, tiverem pelo menos 12 (doze) meses de relação contratual individual.
- O filho nascido ou adotado, após o início da relação contratual individual do BENEFICIÁRIO TITULAR, deverá ter sido incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, respectivamente, para fazer jus ao benefício, sob pena de aplicar-se igual regra prevista no tópico acima.
- O direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA também é conferido ao nascituro, considerado filho do BENEFICIÁRIO TITULAR falecido que deverá ter sido inscrito durante o prazo de 30 (trinta) dias após o seu nascimento.
- Os Cartões de Identificação dos BENEFICIÁRIOS dependentes serão substituídos pelos Cartões de Identificação do BENEFÍCIO FAMÍLIA.
- O direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA prevalecerá no local onde os dependentes residirem ou vierem a fixar residência, desde que situado na área de ação de uma das cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Nacional Unimed.
- Os BENEFICIÁRIOS dependentes que não apresentarem os documentos exigidos ficarão impedidos de gozar as vantagens estabelecidas pelo BENEFÍCIO FAMÍLIA, mesmo que, contratualmente, tenham direito a ele.
- Cumprido o tempo de permanência no BENEFÍCIO FAMÍLIA, seja por término do prazo concedido seja pela perda da condição de beneficiário, o BENEFICIÁRIO poderá transferir-se para um dos planos de assistência médica e hospitalar da UNIMED-RIO, mediante pagamento da mensalidade própria. A transferência sem o cumprimento de carência dar-se-á desde que o produto escolhido seja equivalente àquele objeto do BENEFÍCIO FAMÍLIA e desde que o novo contrato seja firmado no prazo de 30 (trinta) dias imediatos à perda da condição de dependente ou da conclusão do prazo do benefício.
- Os BENEFICIÁRIOS que perderem o vínculo não poderão aderir ao presente contrato e tão somente contratar diretamente à UNIMED-RIO, escolhendo uma das contratações individuais/familiares que estiverem sendo oferecidas por essa operadora de planos de saúde, na ocasião.
- O direito ao Benefício Família não se encerra para seus contemplados com o término deste contrato ou suas renovações, devendo a UNIMED-RIO arcar com este benefício até o término do prazo previsto de 5 (cinco) anos.

➤ **DAS DEMAIS CONDIÇÕES**

- A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da UNIMED-RIO, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos ocorridos no período de inadimplência da CONTRATANTE, responsabilizando-se pelo respectivo pagamento junto à UNIMED-RIO.
- A CONTRATANTE se responsabiliza pela veracidade dos dados informados à UNIMED-RIO, bem como pela comunicação de suas eventuais alterações à operadora.
- A tolerância pela falta de cumprimento de qualquer uma das condições estabelecidas neste contrato não implicará perdão, novação, renúncia ou alteração do quanto foi pactuado nesta sinopse.
- A CONTRATANTE autoriza a UNIMED-RIO a prestar toda e qualquer informação cadastral relativa aos beneficiários inscritos no contrato, que venha a ser exigida por lei e pelos órgãos governamentais fiscalizadores.
- A CONTRATANTE obriga-se a dar conhecimento das condições, objeto desta sinopse, aos beneficiários inscritos, aplicando o princípio da informação contido no Código de Defesa do Consumidor, sob pena de responsabilizar-se pelo ônus eventualmente decorrente da desinformação.
- A UNIMED-RIO poderá disponibilizar acessos eletrônicos, tais como site (sítio), e-mail (correio eletrônico), sms (serviço de mensagem curta), fax (telefacímile), entre outros exemplos, que visem facilitar o relacionamento entre a Operadora e o Beneficiário e/ou a Contratante, possibilitando a atualização de informações e/ou fornecimento de meios para a regular utilização da assistência médica e hospitalar contratada.
- Os casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes contratantes e poderão ser objeto de aditivo ao contrato, quando couber.
- As cláusulas e condições do contrato encontram-se registradas no Cartório do 3º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 1091332.
- A Tabela de Referência da Assistência Médica, Hospitalar e Obstétrica encontra-se registrada no Cartório do 6º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 1104235.
- A Tabela de Referência da Assistência Odontológica encontra-se registrada no Cartório do 3º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 892135.

23. DA ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o foro da Comarca da Capital do Estado Rio de Janeiro para resolver qualquer demanda oriunda do contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

24. DA OPERAÇÃO GERENCIAL

➤ DOS PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS E DE FATORES DE RISCO

- A UNIMED-RIO desenvolverá programas de gerenciamento de doenças, buscando ao mesmo tempo melhorar a qualidade de vida e reduzir o custo do atendimento de pacientes portadores das seguintes doenças crônicas: doenças cardiovasculares e diabetes.
- A UNIMED-RIO realizará um programa de gerenciamento de fatores de risco, visando identificar os riscos potenciais à saúde e, a partir daí implantar ações que colaborem para a redução de risco futuro, bem como previnam as recorrências e progressão de doenças crônicas não transmissíveis de elevada prevalência na população geral. Estas ações visam identificar, mensurar, informar e conscientizar os indivíduos, por meio de processos educativos em saúde, além de desencorajar comportamentos de risco, ao prover aos BENEFICIÁRIOS a oportunidade de refletir sobre uma escolha por estilo de vida saudável.

➤ DA DIVULGAÇÃO E PUBLICIDADE

- Sempre que demandada pelo BENEFICIÁRIO TITULAR a CONTRATANTE disponibilizará uma cópia da sinopse das condições contratuais contendo os temas referenciados no Guia de Leitura Contratual, disponível também nos sites do Abrigo do Marinheiro www.abrigo.org.br e [Unimed-Rio](http://Unimed-Rio.com.br) www.unimedrio.com.br/abrigodomarinheiro
- O envio de correspondência aos BENEFICIÁRIOS para o oferecimento de outros produtos da UNIMED-RIO, assim como telemarketing sob qualquer pretexto, dependem da autorização do ABRIGO.

25. DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (QUANDO CONTRATADA)

➤ UNIMED DENTAL

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

- A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, diversa daquela informada por ocasião da contratação, a qualquer momento durante a relação contratual, independente de prévio aviso.
- Os procedimentos odontológicos cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde são os seguintes:

a) DIAGNÓSTICO

- ✓ consulta inicial;
- ✓ consulta de emergência;
- ✓ exame histopatológico;
- ✓ adequação do meio bucal;
- ✓ teste de fluxo salivar;
- ✓ condicionamento em odontologia - 3 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;

c) PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

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

d) DENTÍSTICA RESTAURADORA

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

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;

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 mucocèle;
- ✓ excisão de rânula;
- ✓ exodontia + retalho;
- ✓ exodontia de raiz residual;
- ✓ exodontia simples;
- ✓ exodontias múltiplas;
- ✓ fraturas alvéolo-dentárias – redução cruenta;
- ✓ fraturas alvéolo-dentárias – redução incruenta;
- ✓ frenectomia labial;
- ✓ frenectomia lingual;
- ✓ incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- ✓ incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- ✓ reconstrução de sulco gengivo-labial;
- ✓ reimplante de dente avulsionado;
- ✓ remoção de dentes retidos (incluídos 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 buco-nasais ou buco-sinusais*;
- ✓ tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles da região buco-maxilo-facial sem reconstrução*;
- ✓ redução de luxação de ATM*;
- ✓ punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial*;

* 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;

j) PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E 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 extra-oral;
 - ✓ incisão e drenagem de abscesso intra-oral; e
 - ✓ reimplante de dente avulsionado.
- A UNIMED-RIO garantirá o reembolso das despesas odontológicas efetuadas pelo beneficiário em casos de urgência e emergência, exclusivamente quando não for possível a utilização da rede assistencial odontológica contratada, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo plano contratado, valores expressos na Tabela de Referência da Assistência Odontológica, as carências contratuais e o custo dos atendimentos.
- DA 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 URGÊNCIA E 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 extra-oral;
 - ✓ incisão e drenagem de abscesso intra-oral; e
 - ✓ reimplante de dente avulsionado.
- DO REEMBOLSO DAS DESPESAS ODONTOLÓGICAS
- A UNIMED-RIO assegurará o reembolso das despesas odontológicas efetuadas pelo beneficiário em casos de urgência e emergência, exclusivamente quando não for possível a utilização da rede assistencial odontológica contratada, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo plano contratado, o valor expresso na Tabela de Referência da Assistência Odontológica, as carências contratuais e o custo dos atendimentos.
 - O reembolso será feito com a apresentação dos documentos abaixo 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.

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

• DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA

- Caso haja divergência médica ou odontológica sobre as coberturas previstas no contrato para exames, procedimentos, tratamentos e internações, o impasse será resolvido através de Junta Médica ou Odontológica, composta por 03 (três) profissionais médicos ou odontólogos, conforme o caso, sendo um profissional escolhido pela UNIMED-RIO, outro pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos demais nomeados.

➤ UNIMED DENTAL 2 (QUANDO CONTRATADO)

Unimed dental Quando contratado o UNIMED DENTAL 2, haverá a cobertura para os seguintes procedimentos abaixo relacionados:

I - documentação ortodôntica, nesta inclusa:

- a) radiografia panorâmica com finalidade ortodôntica;
 - b) 1 (uma) Telerradiografia;
 - c) 1 (um) Traçado cefalométrico;
 - d) 5 (cinco) fotografias;
 - e) 1 (um) par de modelos ortodônticos;
 - f) 1 (uma) caixa para acondicionamento de modelos ortodônticos; e
 - g) 1 (uma) pasta plástica para acondicionamento de exames radiográficos.
- Os procedimentos acima somente poderão ser realizados após a realização de perícia prévia.
- As coberturas previstas nesta sinopse terão **prazo de carência de 90 (noventa) dias** para utilização, contado a partir da inclusão de cada beneficiário nesta assistência.

- Além das carências previstas no tópico acima, deverá ser respeitado também o prazo de recorrência de **12 (doze) meses**, quando necessária a repetição.
- Entende-se como recorrência a repetição de procedimento já realizado.
- Os atendimentos deverão ser requisitados pelo cirurgião-dentista assistente.
- As coberturas são prestadas, atualmente pela UNIODONTO DO RIO DE JANEIRO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA LTDA., prestadora de serviços contratada pela UNIMED-RIO. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, diversa daquela informada por ocasião da contratação, a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio.
- Caso a EMPRESA PRESTADORA deixe de continuar a prestar os serviços objeto dessa sinopse, em razão de falência, liquidação judicial, dentre outras causas, e em não havendo outra empresa no mercado para dar continuidade ao atendimento, a UNIMED-RIO reserva-se o direito de cancelar a prestação deste serviço, cessando-se imediatamente a cobrança dos valores correspondentes.....
- A cobertura odontológica atualmente é prestada, única e exclusivamente, através de rede assistencial de empresa contratada no âmbito do território nacional, mencionada na Proposta Contratual..
- Estão expressamente excluídas da cobertura deste contrato:
 - a) todas as coberturas não mencionadas nesta sinopse, inclusive os procedimentos das especialidades de ortodontia, nesta inclusos instalação e manutenção mensal de aparelhagem fixa ou móvel;
 - b) procedimentos experimentais e utilização de materiais importados não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão oficial governamental;
 - c) procedimentos prestados por profissionais não pertencentes à rede assistencial contratada;
 - d) atendimentos domiciliares;
 - e) atendimentos efetuados antes da inclusão dos beneficiários ou do cumprimento das carências previstas nesta sinopse;
 - f) procedimentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - g) procedimentos para fins estéticos;
 - h) procedimentos realizados fora da área geográfica de abrangência contratada; e

- i) estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos e exames odontológicos previstos nesta sinopse, que por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar.
- A assistência prevista nesta sinopse será prestada após o cumprimento do período de carência, contado a partir da inclusão de cada beneficiário indicado pela CONTRATANTE.
 - As inclusões e as exclusões serão realizadas mediante solicitação da CONTRATANTE.
 - A inclusão ou a exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR acarretará, respectivamente, na inclusão ou exclusão de todos os seus BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES.
 - A permanência dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES nesta assistência dependerá da participação do BENEFICIÁRIO TITULAR.
 - Na hipótese de utilização pelo BENEFICIÁRIO TITULAR ou seus respectivos DEPENDENTES dos serviços previstos nesta sinopse, ou seja, caso tenha sido realizado qualquer um dos procedimentos cobertos previstos, só será permitida a exclusão do UNIMED DENTAL 2 depois de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses, a contar da data da última e efetiva utilização dos serviços.
 - O valor pago por esta assistência será reajustado anualmente, pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar, salvo quando apresentarem em suas condições índices de variação específicos.

➤ **UNIMED DENTAL TOTAL (QUANDO CONTRATADO)**

- Esta contratação tem por objeto a prestação da assistência odontológica móvel domiciliar e da assistência odontológica no exterior, em ambos os casos referentes a procedimentos realizados em caráter de urgência e emergência, ao BENEFICIÁRIO TITULAR e seus DEPENDENTES porventura inscritos.
- DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA MÓVEL DOMICILIAR EM CARÁTER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
- A assistência odontológica móvel domiciliar, em caráter de urgência e emergência, observadas as disposições constantes desta sinopse, será prestada por profissionais cirurgiões-dentistas, utilizando-se de equipamentos odontológicos portáteis adequados a este tipo de atendimento.
- Os serviços previstos nesta sinopse são realizados, atualmente, pela prestadora de serviços contratada pela UNIMED-RIO e expressamente mencionada na Proposta Contratual. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio.
- A assistência será prestada dentro da área dos municípios do Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João do Meriti, Queimados, Belford Roxo, Nilópolis, São Gonçalo e Niterói exclusivamente.

- A assistência odontológica móvel domiciliar, em caráter de urgência e emergência, dar-se-á na residência do usuário ou em estabelecimentos públicos ou privados.
- A assistência será prestada dentro das áreas acima citadas, inclusive em condomínios horizontais, desde que não comprometa ou ponha em risco a segurança e integridade física dos membros da equipe atendente e que haja condições técnicas (energia elétrica, fornecimento de água potável, circulação de ar, entre outros) e de higiene, além de acessibilidade ao local de prestação da assistência.
- Excluem-se da cobertura relativa à assistência ora contratada os atendimentos a pacientes que estejam em logradouros públicos.
- A responsabilidade e a obrigação relativas à assistência iniciam-se com contato realizado, por meio de chamada telefônica, pelo paciente ou seu responsável e cessarão, total e automaticamente, qualquer que seja a sua natureza, uma vez assistido e/ou estabilizado o paciente no lugar em que o mesmo se encontrar.
- Os atendimentos, em caráter de urgência ou emergência, abrangem os quadros clínicos agudos que requeiram o atendimento imediato do paciente.
- Estes atendimentos serão prestados mediante a presença de um cirurgião-dentista com todos os equipamentos, materiais e medicamentos necessários para tratar as urgências ou emergências, em tempo necessário à prestação do atendimento no local onde o paciente se encontrar.
- São os seguintes procedimentos que ensejam os atendimentos de urgência ou emergência:
 - a) acabamento e polimento de restaurações;
 - b) capeamento pulpar direto;
 - c) colagem de fragmentos dentários;
 - d) controle de hemorragia;
 - e) coroa provisória anterior em resina autopolimerizável com ou sem pino;
 - f) curativo de demora em endodontia;
 - g) drenagem extra-oral de abscesso;
 - h) drenagem intra-oral de abscesso;
 - i) drenagem de abscesso periapical;
 - j) exodontia simples de permanente;
 - k) exodontias múltiplas;
 - l) imobilização dentária em dentes permanentes;
 - m) pulpectomia;
 - n) pulpotomia;
 - o) recimentação de trabalho protético;
 - p) reimplante dentário com contenção;
 - q) restauração em resina fotopolimerizável anterior;
 - r) restauração posterior em ionômero de vidro;
 - s) restauração provisória de óxido de zinco e eugenol;
 - t) sedação da dor em odontalgias;
 - u) sutura convencional ou em caso de hemorragia bucal;

- v) tratamento de abscesso periodontal agudo; e
 - w) tratamento de alveolite e curetagem de alvéolo.
- Os atendimentos serão prestados, única e exclusivamente, nos casos expressos no tópico acima, excluídos os não relacionados, em especial:
 - a) casos psiquiátricos;
 - b) tratamentos odontológicos em casos de acidente de trabalho;
 - c) tratamentos odontológicos oriundos de acidentes provocados por esporte de risco tais como ultraleve, boxe, entre outros;
 - d) doenças congênitas;
 - e) doenças periodontais crônicas, exceto em fase de agudização;
 - f) disfunção de ATM (Articulação Têmporo Mandibular);
 - g) cirurgias para eliminação de lesões benignas ou malignas existentes na cavidade oral;
 - h) cirurgias de implante e reimplante osseointegráveis e transplante de unidades dentárias;
 - i) tratamentos ambulatoriais das especialidades de cirurgia oral maior e menor, periodontia, dentística operatória, ortodontia, odontopediatria, endodontia; e
 - j) cirurgias que exijam hospitalização e/ou anestesia geral.
 - Após o efetivo atendimento realizado e subsequente estabilização do quadro de urgência e emergência, o beneficiário deverá procurar o seu cirurgião-dentista assistente para dar continuidade ao tratamento eletivo indicado.
 - Os pacientes crônicos, que estiverem fora de seu processo agudo da doença, devem procurar o seu cirurgião-dentista assistente. Ele é o profissional mais indicado para dar continuidade ao tratamento eletivo indicado.
 - Os atendimentos de assistência odontológica móvel domiciliar de urgência e emergência deverão ser requisitados por meio de telefone próprio, que atenderá às solicitações, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias do ano.
 - No momento do contato, deverá ser informada a localização do beneficiário e o seu quadro sintomático, assim como seus dados cadastrais para identificação.
 - No ato do atendimento, o paciente, ou seu responsável eventual, deverá identificar-se como beneficiário da assistência, apresentando o cartão de identificação da UNIMED-RIO e carteira de identidade.
 - Se qualquer beneficiário ou seu respectivo responsável incorrer em reiterados chamados injustificados, por não corresponder real e/ou potencialmente aos quadros clínicos descritos posteriormente constatados por parte do cirurgião-dentista que fizer o atendimento, a UNIMED-RIO reserva-se o direito de advertir a CONTRATANTE de que, persistindo o beneficiário ou seu respectivo responsável em tais atitudes, o mesmo poderá ser excluído da presente contratação.

- DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM CARÁTER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO EXTERIOR
- As coberturas e os atendimentos previstos neste tópico são garantidos e prestados, atualmente, pela empresa prestadora de serviços contratada pela UNIMED-RIO e expressamente mencionada na Proposta Contratual, ora denominada PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio.
- Assistência odontológica no exterior
- Nos casos caracterizados como urgência ou emergência odontológica, ocorridos no exterior será garantido, por pessoa beneficiária, o pagamento das despesas odontológicas até um limite de importância correspondente a US\$5,000.00 (cinco mil dólares) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.
- No caso de gestantes, o atendimento odontológico dar-se-á somente até a 26ª semana de gestação.
- A assistência odontológica no exterior dar-se-á por meio da rede credenciada pela PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, nos países em que houver a prestação deste serviço, relacionados no site da UNIMED-RIO.
- Os países e o procedimento a ser adotado pelo beneficiário para ter acesso à assistência odontológica no exterior estão estabelecidos no site da UNIMED-RIO na internet: www.unimedrio.com.br.
- Medicamentos em caso de assistência odontológica
- A PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA reembolsará até US\$500.00 (quinhentos dólares) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia, os gastos com produtos farmacêuticos recomendados pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento.
- Táxi até o prestador (Odontologia)
- A PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA reembolsará até US\$50.00 (cinquenta dólares) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia, os gastos com a utilização de táxi para deslocamento até o prestador odontológico, mediante a apresentação dos respectivos recibos.
- Transmissão de mensagens urgentes
- Será garantida a transmissão de mensagens urgentes do beneficiário, desde que se refiram a quaisquer dos eventos referentes às modalidades de prestação previstas neste contrato.

- Excluem-se da cobertura contratada:
 - a) serviços solicitados diretamente pelos beneficiários, sem prévio consentimento da PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada;
 - b) despesas correspondentes à assistência odontológica decorrentes de acidentes pessoais no Brasil;
 - c) despesas odontológicas e farmacêuticas dispendidas pelos beneficiários no Brasil;
 - d) tratamento de doenças ou lesões que se produzam como consequência de doença crônica ou diagnosticada anteriormente ao início da viagem;
 - e) assistência a toda e qualquer consequência resultante de lesões causadas, direta ou indiretamente, por atividades criminosas ou dolosas dos beneficiários;
 - f) assistência a lesões decorrentes de tentativas de suicídio e suas consequências;
 - g) despesas relativas a procedimentos clínicos e laboratoriais das especialidades de prótese dentária, ortodontia e implantodontia;
 - h) assistência odontológica derivada de trauma decorrente de práticas desportivas em competição de caráter profissional por parte dos beneficiários em competições, apostas ou provas de velocidade;
 - i) despesas decorrentes de atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações de ordem pública;
 - j) despesas decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;
 - k) despesas decorrentes dos eventos que tenham por causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade;
 - l) despesas oriundas de eventos decorrentes de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestades ciclônicas atípicas, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais e meteoritos;
 - m) despesas decorrentes de atos praticados por ação ou omissão do beneficiário, causadas por má fé;
 - n) despesas decorrentes de acidentes ocorridos em consequência de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
 - o) despesas decorrentes de intoxicações por ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritas por médico; e

p) despesas decorrentes de doenças (incluídas as profissionais) quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente pessoal, ressalvadas as infecções resultantes de ferimento visível.

- O beneficiário deverá fornecer à PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA toda a documentação que permita estabelecer a procedência do caso, além de todos os comprovantes originais dos gastos reembolsáveis pela PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA e toda informação odontológica que caracterize o efetivo atendimento de urgência, emergência, ou de qualquer natureza que eventualmente sejam necessários para a prestação dos serviços pela PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA.
- Efetuado o pagamento de quaisquer das prestações de assistência, a PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA ficará sub-rogada, até o limite do valor despendido, em todos os direitos e ações do beneficiário contra aqueles que por ato, fato ou omissão, tenham causado os prejuízos ou para eles tenham concorrido, obrigando-se o beneficiário a facilitar meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.
- Os pagamentos decorrentes das prestações dos serviços de assistência terão caráter indenizatório e serão complementares às que forem pagas ao beneficiário por terceiros responsáveis (causadores do dano) ou por seguros de qualquer natureza, vedada a percepção em duplicidade ou cumulativa de indenizações ou benefícios previstos neste contrato.
- Havendo pluralidade de garantias, de diferentes origens, que amparem os beneficiários, de forma idêntica à prestada pela PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, as prestações devidas não excederão a soma dos limites indenizáveis previstos no conjunto das diversas garantias, que concorrerão proporcionalmente ao valor de cada garantia, no pagamento das indenizações e despesas decorrentes dos eventos cobertos.
- Na hipótese de existência de seguros aplica-se o disposto nos artigos 778 e 782 do Código Civil Brasileiro. No entanto, isto em nada prejudicará os beneficiários, pois a PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA lhes garantirá o atendimento adequado e as prestações dos serviços de assistência aqui descritos, e posteriormente tomará as providências de ressarcimento junto a terceiros responsáveis, se for de sua conveniência.
- A PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA e/ou a UNIMED-RIO se dá o direito de cancelar automaticamente estas garantias sempre que:
 - a) o beneficiário causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos; e
 - b) o beneficiário omitir informações ou fornecer intencionalmente informações falsas.
- Os serviços oferecidos pela PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA serão prestados somente ao beneficiário e não poderão ser transferidos a terceiros, podendo ser solicitada a documentação de identificação do beneficiário com objetivo de comprovar a veracidade dos dados indicados, sempre que necessário.

- Os serviços assistenciais descritos nessa sinopse serão oferecidos somente em território internacional e serão válidos pelo período máximo de 60 dias consecutivos, por viagem no exterior.
- A PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA reserva-se ao direito de gravar e auditar as conversações telefônicas que considerar necessárias para o bom desenvolvimento da prestação de seus serviços. A CONTRATANTE expressa a sua concordância com a modalidade indicada e a eventual utilização dos registros como meio de prova em caso de controvérsias em relação à assistência prestada.
- Os atendimentos às coberturas deverão ser requisitados à PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, através do telefone próprio, que atenderá as solicitações de serviço, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias do ano.
- Para obtenção dos atendimentos, o beneficiário, por ocasião da requisição, deverá informar o seu nome e respectivo código de identificação na UNIMED-RIO, bem como o local onde se encontra e a cobertura de que necessita.
- DAS DISPOSIÇÕES COMUNS
- A CONTRATANTE tem ciência de que este produto possui caráter de assistência odontológica complementar, para a qual necessita que a sua contratação esteja vinculada a um dos planos Unimed Dental.
- Caso as EMPRESAS PRESTADORAS deixem de continuar a prestar os serviços objeto dessa sinopse em razão de falência, liquidação judicial, dentre outras causas, e em não havendo outra empresa no mercado para dar continuidade ao atendimento, a UNIMED-RIO reserva-se o direito de cancelar a prestação deste serviço, cessando-se imediatamente a cobrança dos valores correspondentes.
- A assistência prevista nesta sinopse será prestada imediatamente após o início de vigência da relação contratual individual de cada BENEFICIÁRIO.
- A inclusão e a exclusão serão realizadas mediante solicitação da CONTRATANTE.
- A inclusão ou a exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR acarretará, respectivamente, na inclusão ou exclusão de todos os seus BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES.
- A permanência dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES nesta assistência dependerá da participação do BENEFICIÁRIO TITULAR.....
.....
- A CONTRATANTE está ciente de que o preço ajustado, por beneficiário inscrito nesta assistência, é informado por ocasião da contratação ou da solicitação de alteração contratual, e constará da Proposta Contratual

- O valor pago por esta assistência será reajustado anualmente, pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar, salvo quando apresentarem em suas condições índices de variação específicos.

26. SOS UNIMED (OPCIONAL)

- Quando contratada a assistência médica pré-hospitalar, em caráter de urgência e emergência, e a utilização de táxi após a alta hospitalar, ela será prestada da seguinte forma:
- Dos Atendimentos Médicos Assistenciais Pré-Hospitalares, em caráter de Urgência e Emergência.
- Esta contratação tem por objeto a prestação da assistência médica pré-hospitalar, em caráter de urgência e emergência, aos beneficiários indicados pela CONTRATANTE como beneficiários desta cobertura.
- A assistência, observadas as disposições constantes desta sinopse, será prestada por profissionais médicos e auxiliares de enfermagem, utilizando-se ambulâncias adequadas a este tipo de atendimento.
- A assistência será executada através de pessoa jurídica especializada e idônea, contratada pela UNIMED-RIO, e prestada dentro da área dos municípios do Rio de Janeiro, assim como Acácias, Manaus e Petrópolis – no Amazonas; Brotas, Cabula, Lauro de Freitas e Salvador – na Bahia; Brasília, Candangolandia, Ceilândia, Gama, Planaltina, Santa Maria, São Gonçalo, Sobradinho, Taguatinga e Valparaíso – no Distrito Federal; Cariacica, Guarapari, Serra, Vila Velha e Vitória – no Espírito Santo; Goiânia – em Goiás; Belo Horizonte e Contagem – em Minas Gerais; Cuiabá – em Mato Grosso; Recife, Jaboatão dos Guararapes e Olinda – em Pernambuco; Curitiba, Londrina e São José dos Pinhais – no Paraná; Alecrim, Bairro Vermelho, Camocim, Candelária, Extremós, Natal, Parnamirim e Redinha – no Rio Grande do Norte; Porto Alegre, São Leopoldo e Rio Grande – no Rio Grande do Sul; Florianópolis, São José e Tijucas – em Santa Catarina; Barueri, Butantã, Cotia, Diadema, Guarulhos, Itapeirica da Serra, Osasco, Perdizes, Planalto Paulista, Santo Amaro, Santo André, São Bernardo, São Miguel Paulista, São Paulo, Taboão da Serra e Tatuapé – em São Paulo; São Luiz – no Maranhão; Fortaleza – no Ceará; Campo Grande – no Mato Grosso do Sul; Belém – no Pará; João Pessoa, Bayeux e Cabedelo – na Paraíba; Aracaju e Barra dos Coqueiros – em Sergipe; Palmas – no Tocantins; e Maceió – em Alagoas.
- A assistência será prestada dentro das áreas acima citadas, inclusive em condomínios horizontais, desde que não comprometam ou ponham em risco a segurança e integridade física dos membros da equipe atendente e que haja condições de acessibilidade ao local de prestação da assistência.
- A assistência pré-hospitalar, em caráter de urgência e emergência, dar-se-á na residência do beneficiário, e nos estabelecimentos públicos ou privados.

- Excluem-se da cobertura relativa à assistência, ora contratada, os atendimentos a pacientes que estejam em logradouros públicos.
- A responsabilidade e a obrigação, relativas à assistência, iniciam-se com contato realizado, através de chamada telefônica, pelo paciente ou seu responsável. Cessará, total e automaticamente, qualquer que seja a sua natureza, uma vez que assistido e/ou estabilizado o paciente no lugar em que o mesmo se encontrar ou no momento em que ele chegar ao local indicado para seu tratamento hospitalar, quando for o caso, passando a ficar sob os cuidados do médico que o venha assistir.
- Os atendimentos, em caráter emergencial, abrangem os quadros clínicos agudos que impliquem risco de vida ou requeiram o atendimento imediato do paciente.
- Estes atendimentos serão prestados mediante:
 - a) 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 paciente se encontre. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á ao traslado até um centro de tratamento definitivo; e
 - b) o traslado será feito por uma ambulância especialmente estruturada para minimizar o risco vital do paciente.
- São os seguintes quadros clínicos que ensejam os atendimentos emergenciais:
 - Afogamentos; anafilaxia; cardiovasculares (parada cardiorrespiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo do pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral); choques elétricos; comas metabólicos; intoxicações graves; neurológicos (síncope, convulsão, coma); politraumatismos graves; respiratórios (insuficiência respiratória aguda, crise asmática), e toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.
 - Atendimentos, em caráter de urgência, abrangem os quadros clínicos agudos, de início súbito, não habitual ao paciente, que impossibilitem a ida do mesmo ao seu médico assistente.
 - Esses atendimentos serão prestados no local onde o paciente se encontrar, por um médico clínico, em tempo necessário à prestação do socorro.
- Os quadros clínicos, que ensejam os atendimentos de urgência, são os seguintes:
 - 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,

requiera atendimento em breve e se apresente com características que impossibilitem a ida ao próprio médico.

- Os atendimentos serão prestados, única e exclusivamente, nos casos expressos acima, excluídos os não-relacionados, em especial, 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 contrato aditando.
- Os pacientes crônicos, que estiverem fora de seu processo agudo da doença, devem procurar o seu médico assistente. Ele é o profissional mais indicado para dar continuidade ao tratamento.
- Os atendimentos assistenciais pré-hospitalares deverão ser requisitados através do telefone próprio indicado no Guia Médico e que atenderá às solicitações, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias do ano.
- Nesse momento, deverá ser informada a localização do paciente e o seu quadro sintomático.
- No ato do atendimento, o paciente, através do seu responsável eventualmente, deverá identificar-se como beneficiário da assistência, apresentando a carteira de identificação apropriada.
- Se qualquer beneficiário (ou seu respectivo responsável) incorrer em reiterados chamados injustificados, por não corresponder real e/ou potencialmente aos quadros clínicos descritos, posteriormente constatados, por parte do médico que fizer o atendimento, a UNIMED-RIO reserva-se o direito de advertir a CONTRATANTE de que, persistindo o beneficiário (ou seu respectivo responsável) em tais atitudes, a presente contratação poderá ser rescindida unilateralmente, a critério da UNIMED-RIO.
- Os atendimentos médicos pré-hospitalares, em caráter de urgência e emergência, são realizados, atualmente, pela empresa prestadora mencionada na Proposta. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, a qualquer momento durante a relação contratual.
- A CONTRATANTE está ciente de que o preço ajustado, por beneficiário inscrito nesta assistência, é informado por ocasião da contratação ou da solicitação de alteração contratual, e constará da Proposta Contratual.
- O valor pago por esta assistência será reajustado anualmente, pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar, salvo quando apresentarem em suas condições índices de variação específicos.

27. SOS VIAGEM (OPCIONAL COMERCIALIZADO ATÉ 28/02/2014)

➤ DA EMPRESA PRESTADORA DO SERVIÇO

As coberturas e os atendimentos são garantidos e prestados, atualmente, pela Assist-Card do Brasil, doravante denominada EMPRESA PRESTADORA DE

ASSISTÊNCIA. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, a qualquer momento durante a relação contratual e independentemente de qualquer aviso prévio.

➤ **DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

A assistência, observadas as disposições contidas no presente, compreende assistência médica ao beneficiário por lesão ou doença, no exterior; transporte ou repatriamento no caso de lesões ou doença; transporte ou repatriamento do beneficiário em caso de falecimento durante a viagem; transporte ou Repatriamento dos beneficiários acompanhantes; transporte e estada de um familiar do beneficiário; transporte do beneficiário por interrupção da viagem devido ao falecimento de um familiar; transporte urgente do beneficiário por ocorrência de sinistro no seu domicílio; prolongamento de estada do beneficiário no exterior por lesão ou doença; assistência jurídica e fiança no exterior; transmissão de mensagens urgentes; adiantamento de fundos no exterior; localização e transporte de bagagem e objetos pessoais; extravio de bagagem em vôo regular.

➤ **DA DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

• **Assistência médica ao beneficiário por lesão ou doença, no exterior**

Nos casos de lesão ou doença do beneficiário, no exterior, será garantido, por pessoa favorecida, o pagamento das despesas de hospitalização, intervenções cirúrgicas, honorários médicos, despesas odontológicas e produtos farmacêuticos recomendados pelo médico responsável pelo atendimento, até um limite de importância correspondente a 30 000,00€ (trinta mil euros) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

A assistência médica ao beneficiário por lesão ou doença inclui os eventos caracterizados como de urgência/emergência relacionados ao atendimento de gestantes até a 26ª semana de gestação, todos ocorridos no exterior.

• **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 no 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 da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA 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.

- **Transporte ou repatriamento do beneficiário em caso de falecimento durante a viagem**

No caso de falecimento do beneficiário, a EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA 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.

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

- **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, será garantido o pagamento das despesas de transporte em linha regular (comercial) dos beneficiários acompanhantes até a residência habitual ou até o local onde o beneficiário se encontre hospitalizado. Se algum dos beneficiários tiver idade inferior a 15 (quinze) anos e estiver desacompanhado, será garantido o atendimento adequado durante a viagem até sua residência habitual ou local da hospitalização.

- **Transporte e estada de um familiar do beneficiário**

Quando o período de hospitalização do beneficiário for superior a 05 (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 5º (quinto) dia, com um limite de importância correspondente a 60,00€ (sessenta euros) por dia, até o máximo correspondente a 600,00€ (seiscentos euros) por toda a estada.

- **Transporte do beneficiário por interrupção da viagem devido ao falecimento de um familiar**

Será garantido o pagamento das despesas de transporte, em linha regular (comercial / classe econômica), do beneficiário 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 na viagem pelo beneficiário ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção em tempo hábil.

- **Transporte urgente do beneficiário por ocorrência de sinistro no seu domicílio**

Será garantido o pagamento das despesas de transporte, em linha regular (comercial / classe econômica), do beneficiário até seu domicílio, desde que este esteja desabitado, devido à ocorrência de um sinistro de roubo ou furto com violação de portas ou janelas, incêndio ou explosão, na sua residência habitual, que a torne inabitável ou com grave risco de que se produzam maiores danos, justificando, assim, sua presença e

necessidade de locomoção, sempre que não possa efetuar este transporte no meio utilizado inicialmente em sua viagem, ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção em tempo hábil.

- **Prolongamento de estada do beneficiário no exterior por lesão ou doença**

Será garantido o pagamento das despesas de hotel ao beneficiário quando, por lesões ou doença e prévia recomendação do médico responsável, se lhe imponha o prolongamento da estada no exterior para tratamento, com o limite de importância correspondente a 250,00€ (duzentos e cinquenta euros) por dia, até o máximo correspondente a 2 500,00€ (dois mil e quinhentos euros) por toda a estada ou o equivalente em moeda local convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

- **Assistência Jurídica e Fiança no Exterior**

No caso de acidente ou demanda, será garantido o assessoramento do beneficiário na indicação de um advogado do cadastro da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, bem como empréstimo no valor correspondente a até 10 000,00€ (dez mil euros), convertidos pelo câmbio comercial de compra do dia, para fazer frente à respectiva contratação do profissional escolhido pelo beneficiário. Fica garantido ainda empréstimo da importância correspondente a até 20 000,00€ (vinte mil euros), convertidos pelo câmbio comercial de compra do dia, para pagamento da fiança penal, caso haja fixação da mesma. Estes empréstimos serão feitos mediante a entrega à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA de cheque caução no mesmo valor, por um representante do beneficiário e reconhecimento da dívida por parte do representante e do beneficiário.

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

- **Transmissão de mensagens urgentes**

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

- **Adiantamento de fundos no exterior**

Em caso de roubo ou extravio de dinheiro, **desde que devidamente comprovado através de denúncia às autoridades competentes**, será providenciado, a título de empréstimo, o envio do valor correspondente a 1 000,00€ (hum mil euros), convertidos pelo câmbio comercial de compra do dia, por beneficiário, desde que seja entregue à EMPRESA PRESTADORA DE

ASSISTÊNCIA um cheque caução no mesmo valor por um representante do beneficiário e expressa autorização e reconhecimento da dívida por parte do representante e do beneficiário.

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

- **Localização e transporte de bagagem e objetos pessoais**

Será garantida a assessoria ao beneficiário na reclamação de roubo ou extravio de sua bagagem e objetos pessoais e, ainda, ajuda na gestão de sua localização. Na hipótese de recuperação, a EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA se encarregará de sua expedição até o local da viagem previsto pelo beneficiário ou até seu domicílio habitual.

- **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 desta notificação (Formulário P.I.R.). Após esta medida, deverá entrar em contato com a EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA informando o fato.

Caso a bagagem não seja recuperada dentro de 24 (vinte e quatro) horas, contadas da notificação à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, esta pagará ao beneficiário a quantia correspondente a 100,00€ (cem euros), ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

Se a bagagem for recuperada posteriormente, o beneficiário deverá reembolsar esse valor em reais à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA. O prazo máximo para este reembolso é de 30 (trinta) dias a contar da data da recuperação da bagagem. O não pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido implicará no pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

- **DAS EXCLUSÕES**

As coberturas contratadas são aquelas descritas e caracterizadas anteriormente nesta sinopse, e serão garantidas dentro dos limites fixados, excluindo-se o seguinte:

a) Serviços solicitados diretamente pelos beneficiários, sem prévio consentimento da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada.

b) Despesas correspondentes à assistência médica e hospitalar decorrente de acidentes pessoais no Brasil.

c) Despesas farmacêuticas e odontológicas despendidas pelos beneficiários no Brasil.

- d) Tratamento de doenças ou lesões que se produzam como consequência de doença crônica ou diagnosticada anteriormente ao início da viagem.
- 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 do mesmo.
- g) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo voluntário de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem recomendação médica.
- h) Despesas com aquisição de próteses e óculos.
- i) Despesas e/ou tratamento de doenças nervosas, neuroses, psicoses, inclusive traumática ou puerperal, bem como as causadas por epilepsia traumática ou essencial, que exijam internação, psiquiatria, psicanálise, psicoterapia ou sonoterapia.
- j) Assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional por parte dos beneficiários em competições, apostas ou provas de velocidade.
- k) Despesas extras com a estada como: refeições, bebidas e todas aquelas que não estejam inclusas no custo da diária do hotel.
- m) Despesas decorrentes de atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações de ordem pública.
- n) Despesas decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz.
- o) Despesas decorrentes dos eventos que tenham por causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade.
- p) 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.
- q) Despesas decorrentes de atos praticados por ação ou omissão do beneficiário, causadas por má fé.
- r) Despesas decorrentes de acidentes ocorridos em consequência de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada.
- s) Despesas decorrentes de qualquer tipo de hérnia e suas consequências.
- t) Despesas decorrentes de parto e/ou aborto e suas consequências.

u) 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.

v) Despesas decorrentes de choque anafilático e suas consequências.

x) Despesas decorrentes de doenças (incluídas as profissionais) quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas ou agravadas direta ou indiretamente por Acidente Pessoal, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

➤ **DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**

- A inclusão e a exclusão serão realizadas mediante solicitação da CONTRATANTE.
- A inclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR acarretará a de todos os seus respectivos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, o mesmo se aplicando para a exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR.
- A permanência dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES nesta assistência dependerá da participação do BENEFICIÁRIO TITULAR.
- A assistência prevista nesta sinopse será prestada imediatamente após o início de vigência da relação contratual individual de cada BENEFICIÁRIO TITULAR indicado pela CONTRATANTE.

➤ **DO PREÇO**

- CONTRATANTE está ciente de que o preço ajustado, por beneficiário inscrito nesta assistência, é informado por ocasião da contratação ou da solicitação de alteração contratual, e constará da Proposta Contratual..
-
- O valor pago por esta assistência será reajustado anualmente, pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar, salvo quando apresentarem em suas condições índices de variação específicos.

➤ **DO PROCEDIMENTO PARA OBTENÇÃO DOS SERVIÇOS**

- O serviço previsto nesta sinopse dar-se-á por meio de rede credenciada pela EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, nos países em que houver a prestação deste serviço, relacionados no site da UNIMED-RIO.
- O procedimento para o acesso ao serviço previsto acima está estabelecido no site da UNIMED-RIO na internet: www.unimedrio.com.br.
- Os atendimentos às coberturas deverão ser requisitados à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, através do telefone próprio, que atenderá as solicitações de serviço,

durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias do ano.

- Para obtenção dos atendimentos, o beneficiário, por ocasião da requisição, deverá informar o seu nome e respectivo código de identificação na UNIMED-RIO, bem como o local onde se encontra e a cobertura de que necessita.
- Caso o beneficiário receba avisos para pagamento mesmo depois de saldas as contas, deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA para informar esta situação.

➤ **DAS OBRIGAÇÕES DO BENEFICIÁRIO**

- Em todos os casos e para todos os serviços, o beneficiário se compromete a:

- **FORNECIMENTO DE DOCUMENTAÇÃO**

O beneficiário deverá fornecer à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA as documentações que permitam estabelecer a procedência do caso, como por exemplo, notas fiscais, recibos, registros de ocorrências, protocolos, etc., desde que as mesmas não violem sua privacidade, bem como todos os comprovantes originais dos gastos reembolsáveis pela EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA e as informações médicas, que eventualmente sejam necessárias para a prestação dos serviços.

- **SUBROGAÇÃO E CESSÃO DE DIREITOS**

A EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA ficará sub-rogada, até o limite dos valores despendidos com as coberturas, assim como nos direitos e ações do beneficiário, contra aqueles que, por ação ou omissão, tenham causado ou concorrido para o acontecimento dos prejuízos. Para tanto, o beneficiário obriga-se a facilitar meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

- **INACUMULABILIDADE**

Os pagamentos decorrentes da utilização da assistência contratada terão caráter indenizatório e serão complementares às que forem pagas ao beneficiário por terceiros responsáveis (causadores do dano) ou por seguros de qualquer natureza, vedada a percepção em duplicidade ou cumulativa de indenizações ou benefícios previstos neste contrato.

Havendo pluralidade de garantias, de diferentes origens, que amparem os beneficiários, de forma idêntica à prestada pela EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, as prestações devidas não excederão a soma dos limites indenizáveis previstos no conjunto das diversas garantias, que concorrerão proporcionalmente ao valor de cada garantia, no pagamento das indenizações e despesas decorrentes dos eventos cobertos.

Na hipótese de existência de seguros aplica-se o disposto nos artigos 778 e 782 do Código Civil Brasileiro. No entanto, isto em nada prejudicará os beneficiários, pois a EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA lhes garantirá o atendimento adequado

e as prestações dos serviços de assistência aqui descritos, e posteriormente tomará as providências de ressarcimento junto a terceiros responsáveis, se for de sua conveniência.

➤ **DO CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

- A UNIMED-RIO poderá cancelar automaticamente as coberturas previstas nesta sinopse independentemente de notificação prévia, sempre que:
 - a) o beneficiário causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos; ou
 - b) o beneficiário omitir informações ou fornecer intencionalmente informações falsas.

➤ **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

• **BENEFICIÁRIO DO SERVIÇO**

Os serviços oferecidos pela EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA serão prestados somente ao beneficiário e não poderão ser transferidos a terceiros podendo ser solicitada a documentação de identificação com objetivo de comprovar sua veracidade e sempre que for necessário.

• **VALIDADE TERRITORIAL**

Os serviços assistenciais descritos neste documento serão oferecidos somente enquanto o beneficiário estiver em viagem internacional.

• **VALIDADE TEMPORÁRIA**

Os serviços assistenciais descritos neste documento serão válidos pelo período máximo 60 dias consecutivos, por viagem, no exterior.

• **GRAVAÇÃO E MONITORAMENTO DAS COMUNICAÇÕES**

A EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA reserva-se ao direito de gravar e auditar as conversações telefônicas que considerar necessárias, ocorridas entre ela e o beneficiário, para o bom desenvolvimento da prestação de seus serviços.

• **DESCONTINUIDADE DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**

Caso a EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA deixe de continuar a prestar os serviços objeto dessa sinopse em razão de falência, liquidação judicial, dentre outras causas, e em não havendo outra empresa no mercado para dar continuidade ao atendimento, a UNIMED-RIO reserva-se o direito de cancelar a prestação deste serviço, cessando-se imediatamente a cobrança dos valores correspondentes.

28. UNIMED VIAGEM (OPCIONAL)

- Quando contratada a cobertura ampliativa de assistência durante as viagens ao exterior para os beneficiários indicados pela CONTRATANTE, ela será prestada da seguinte forma:

➤ DO OBJETO

Esta contratação tem por objeto a prestação de serviços assistenciais, previstos abaixo, aos beneficiários inscritos que **estejam em viagem ao exterior, por prazo não superior a 60 (sessenta) dias.**

➤ DA EMPRESA PRESTADORA DO SERVIÇO

As coberturas e os atendimentos são garantidos e prestados, atualmente, pela Assist-Card do Brasil, doravante denominada EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, a qualquer momento durante a relação contratual e independentemente de qualquer aviso prévio.

➤ DOS SERVIÇOS PRESTADOS

A assistência, observadas as disposições contidas no presente, compreende assistência médica ao beneficiário por lesão ou doença, no exterior; transporte ou repatriamento no caso de lesões ou doença; transporte ou repatriamento do beneficiário em caso de falecimento durante a viagem; transporte ou Repatriamento dos beneficiários acompanhantes; transporte e estada de um familiar do beneficiário; transporte do beneficiário por interrupção da viagem devido ao falecimento de um familiar; transporte urgente do beneficiário por ocorrência de sinistro no seu domicílio; prolongamento de estada do beneficiário no exterior por lesão ou doença; assistência jurídica e fiança no exterior; transmissão de mensagens urgentes; adiantamento de fundos no exterior; localização e transporte de bagagem e objetos pessoais; extravio de bagagem em vôo regular.

➤ DA DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

- **Assistência médica ao beneficiário por lesão ou doença, no exterior**

Nos casos de lesão ou doença do beneficiário, no exterior, será garantido, por pessoa favorecida, o pagamento das despesas de hospitalização, intervenções cirúrgicas, honorários médicos, despesas odontológicas e produtos farmacêuticos recomendados pelo médico responsável pelo atendimento, até um limite de importância correspondente a 30 000,00€ (trinta mil euros) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

A assistência médica ao beneficiário por lesão ou doença inclui os eventos caracterizados como de urgência/emergência relacionados ao atendimento de gestantes até a 26ª semana de gestação, todos ocorridos no exterior.

- **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 no 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 da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA 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.

- **Transporte ou repatriamento do beneficiário em caso de falecimento durante a viagem**

No caso de falecimento do beneficiário, a EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA 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.

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

- **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, será garantido o pagamento das despesas de transporte em linha regular (comercial) dos beneficiários acompanhantes até a residência habitual ou até o local onde o beneficiário se encontre hospitalizado. Se algum dos beneficiários tiver idade inferior a 15 (quinze) anos e estiver desacompanhado, será garantido o atendimento adequado durante a viagem até sua residência habitual ou local da hospitalização.

- **Transporte e estada de um familiar do beneficiário**

Quando o período de hospitalização do beneficiário for superior a 05 (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 5º (quinto) dia, com um limite de importância correspondente a 60,00€ (sessenta euros) por dia, até o máximo correspondente a 600,00€ (seiscentos euros) por toda a estada.

- **Transporte do beneficiário por interrupção da viagem devido ao falecimento de um familiar**

Será garantido o pagamento das despesas de transporte, em linha regular (comercial / classe econômica), do beneficiário 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 na viagem pelo beneficiário ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção em tempo hábil.

- **Transporte urgente do beneficiário por ocorrência de sinistro no seu domicílio**

Será garantido o pagamento das despesas de transporte, em linha regular (comercial / classe econômica), do beneficiário até seu domicílio, desde que este esteja desabitado, devido à ocorrência de um sinistro de roubo ou furto com violação de portas ou janelas, incêndio ou explosão, na sua residência habitual, que a torne inabitável ou com grave risco de que se produzam maiores danos, justificando, assim, sua presença e necessidade de locomoção, sempre que não possa efetuar este transporte no meio utilizado inicialmente em sua viagem, ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção em tempo hábil.

- **Prolongamento de estada do beneficiário no exterior por lesão ou doença**

Será garantido o pagamento das despesas de hotel ao beneficiário quando, por lesões ou doença e prévia recomendação do médico responsável, se lhe imponha o prolongamento da estada no exterior para tratamento, com o limite de importância correspondente a 250,00€ (duzentos e cinquenta euros) por dia, até o máximo correspondente a 2 500,00€ (dois mil e quinhentos euros) por toda a estada ou o equivalente em moeda local convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

- **Assistência Jurídica e Fiança no Exterior**

No caso de acidente ou demanda, será garantido o assessoramento do beneficiário na indicação de um advogado do cadastro da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, bem como empréstimo no valor correspondente a até 10 000,00€ (dez mil euros), convertidos pelo câmbio comercial de compra do dia, para fazer frente à respectiva contratação do profissional escolhido pelo beneficiário. Fica garantido ainda empréstimo da importância correspondente a até 20 000,00€ (vinte mil euros), convertidos pelo câmbio comercial de compra do dia, para pagamento da fiança penal, caso haja fixação da mesma. Estes empréstimos serão feitos mediante a entrega à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA de cheque caução no mesmo valor, por um representante do beneficiário e reconhecimento da dívida por parte do representante e do beneficiário.

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

- **Transmissão de mensagens urgentes**

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

- **Adiantamento de fundos no exterior**

Em caso de roubo ou extravio de dinheiro, **desde que devidamente comprovado através de denúncia às autoridades competentes**, será providenciado, a título de empréstimo, o envio do valor correspondente a 1 000,00€ (hum mil euros), convertidos pelo câmbio comercial de compra do dia, por beneficiário, desde que seja entregue à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA um cheque caução no mesmo valor por um representante do beneficiário e expressa autorização e reconhecimento da dívida por parte do representante e do beneficiário.

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

- **Localização e transporte de bagagem e objetos pessoais**

Será garantida a assessoria ao beneficiário na reclamação de roubo ou extravio de sua bagagem e objetos pessoais e, ainda, ajuda na gestão de sua localização. Na hipótese de recuperação, a EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA se encarregará de sua expedição até o local da viagem previsto pelo beneficiário ou até seu domicílio habitual.

- **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 desta notificação (Formulário P.I.R.). Após esta medida, deverá entrar em contato com a EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA informando o fato.

Caso a bagagem não seja recuperada dentro de 24 (vinte e quatro) horas, contadas da notificação à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, esta pagará ao beneficiário a quantia correspondente a 100,00€ (cem euros), ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

Se a bagagem for recuperada posteriormente, o beneficiário deverá reembolsar esse valor em reais à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA. O prazo máximo para este reembolso é de 30 (trinta) dias a contar da data da recuperação da bagagem. O não pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido implicará no pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

- **DAS EXCLUSÕES**

As coberturas contratadas são aquelas descritas e caracterizadas anteriormente nesta sinopse, e serão garantidas dentro dos limites fixados, excluindo-se o seguinte:

a) Serviços solicitados diretamente pelos beneficiários, sem prévio consentimento da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada.

b) Despesas correspondentes à assistência médica e hospitalar decorrente de acidentes pessoais no Brasil.

c) Despesas farmacêuticas e odontológicas despendidas pelos beneficiários no Brasil.

d) Tratamento de doenças ou lesões que se produzam como consequência de doença crônica ou diagnosticada anteriormente ao início da viagem.

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 do mesmo.

g) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo voluntário de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem recomendação médica.

h) Despesas com aquisição de próteses e óculos.

i) Despesas e/ou tratamento de doenças nervosas, neuroses, psicoses, inclusive traumática ou puerperal, bem como as causadas por epilepsia traumática ou essencial, que exijam internação, psiquiatria, psicanálise, psicoterapia ou sonoterapia.

j) Assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional por parte dos beneficiários em competições, apostas ou provas de velocidade.

k) Despesas extras com a estada como: refeições, bebidas e todas aquelas que não estejam inclusas no custo da diária do hotel.

m) Despesas decorrentes de atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações de ordem pública.

n) Despesas decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz.

o) Despesas decorrentes dos eventos que tenham por causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade.

- p) 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.
- q) Despesas decorrentes de atos praticados por ação ou omissão do beneficiário, causadas por má fé.
- r) Despesas decorrentes de acidentes ocorridos em consequência de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada.
- s) Despesas decorrentes de qualquer tipo de hérnia e suas consequências.
- t) Despesas decorrentes de parto e/ou aborto e suas consequências.
- u) 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.
- v) Despesas decorrentes de choque anafilático e suas consequências.
- x) Despesas decorrentes de doenças (incluídas as profissionais) quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas ou agravadas direta ou indiretamente por Acidente Pessoal, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

➤ DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

A inclusão e a exclusão serão realizadas mediante solicitação da CONTRATANTE.

A inclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR acarretará a de todos os seus respectivos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, o mesmo se aplicando para a exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR.

A permanência dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES nesta assistência dependerá da participação do BENEFICIÁRIO TITULAR.

A assistência prevista nesta sinopse será prestada imediatamente após o início de vigência da relação contratual individual de cada BENEFICIÁRIO TITULAR indicado pela CONTRATANTE.

➤ DO PREÇO

A CONTRATANTE está ciente de que o preço ajustado, por beneficiário inscrito nesta assistência, é informado por ocasião da contratação ou da solicitação de alteração contratual, e constará da Proposta Contratual.

O valor pago por esta assistência será reajustado anualmente, pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar, salvo quando apresentarem em suas condições índices de variação específicos.

➤ DO PROCEDIMENTO PARA OBTENÇÃO DOS SERVIÇOS

- O serviço previsto nesta sinopse dar-se-á por meio de rede credenciada pela EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, nos países em que houver a prestação deste serviço, relacionados no site da UNIMED-RIO.
- O procedimento para o acesso ao serviço previsto acima está estabelecido no site da UNIMED-RIO na internet: www.unimedrio.com.br.
- Os atendimentos às coberturas deverão ser requisitados à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, através do telefone próprio, que atenderá as solicitações de serviço, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias do ano.
- Para obtenção dos atendimentos, o beneficiário, por ocasião da requisição, deverá informar o seu nome e respectivo código de identificação na UNIMED-RIO, bem como o local onde se encontra e a cobertura de que necessita.
- Caso o beneficiário receba avisos para pagamento mesmo depois de saldadas as contas, deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA para informar esta situação.

➤ DAS OBRIGAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

Em todos os casos e para todos os serviços, o beneficiário se compromete a:

• FORNECIMENTO DE DOCUMENTAÇÃO

O beneficiário deverá fornecer à EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA as documentações que permitam estabelecer a procedência do caso, como por exemplo, notas fiscais, recibos, registros de ocorrências, protocolos, etc., desde que as mesmas não violem sua privacidade, bem como todos os comprovantes originais dos gastos reembolsáveis pela EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA e as informações médicas, que eventualmente sejam necessárias para a prestação dos serviços.

• SUBROGAÇÃO E CESSÃO DE DIREITOS

A EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA ficará sub-rogada, até o limite dos valores despendidos com as coberturas, assim como nos direitos e ações do beneficiário, contra aqueles que, por ação ou omissão, tenham causado ou concorrido para o acontecimento dos prejuízos. Para tanto, o beneficiário obriga-se a facilitar meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

- **INACUMULABILIDADE**

Os pagamentos decorrentes da utilização da assistência contratada terão caráter indenizatório e serão complementares às que forem pagas ao beneficiário por terceiros responsáveis (causadores do dano) ou por seguros de qualquer natureza, vedada a percepção em duplicidade ou cumulativa de indenizações ou benefícios previstos neste contrato.

- Havendo pluralidade de garantias, de diferentes origens, que amparem os beneficiários, de forma idêntica à prestada pela EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA, as prestações devidas não excederão a soma dos limites indenizáveis previstos no conjunto das diversas garantias, que concorrerão proporcionalmente ao valor de cada garantia, no pagamento das indenizações e despesas decorrentes dos eventos cobertos.
- Na hipótese de existência de seguros aplica-se o disposto nos artigos 778 e 782 do Código Civil Brasileiro. No entanto, isto em nada prejudicará os beneficiários, pois a EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA lhes garantirá o atendimento adequado e as prestações dos serviços de assistência aqui descritos, e posteriormente tomará as providências de ressarcimento junto a terceiros responsáveis, se for de sua conveniência.

- **DO CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

A UNIMED-RIO poderá cancelar automaticamente as coberturas previstas nesta sinopse independentemente de notificação prévia, sempre que:

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

- **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- **BENEFICIÁRIO DO SERVIÇO**

Os serviços oferecidos pela EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA serão prestados somente ao beneficiário e não poderão ser transferidos a terceiros podendo ser solicitada a documentação de identificação com objetivo de comprovar sua veracidade e sempre que for necessário.

- **VALIDADE TERRITORIAL**

Os serviços assistenciais descritos neste documento serão oferecidos somente enquanto o beneficiário estiver em viagem internacional.

- **VALIDADE TEMPORÁRIA**

Os serviços assistenciais descritos neste documento serão válidos pelo período máximo 60 dias consecutivos, por viagem, no exterior.

- **GRAVAÇÃO E MONITORAMENTO DAS COMUNICAÇÕES**

A EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA reserva-se ao direito de gravar e auditar as conversações telefônicas que considerar necessárias, ocorridas entre ela e o beneficiário, para o bom desenvolvimento da prestação de seus serviços.

- **DESCONTINUIDADE DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**

Caso a EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA deixe de continuar a prestar os serviços objeto dessa sinopse em razão de falência, liquidação judicial, dentre outras causas, e em não havendo outra empresa no mercado para dar continuidade ao atendimento, a UNIMED-RIO reserva-se o direito de cancelar a prestação deste serviço, cessando-se imediatamente a cobrança dos valores correspondentes.

29. TRANSPORTE AEROMÉDICO (QUANDO CONTRATADO)

- Quando contratada a assistência do transporte aeromédico, ela será prestada da seguinte forma:
- O transporte aéreo, dentro do território nacional, far-se-á, quando necessário, desde que para o atendimento sejam preenchidas as condições definidas nesta sinopse e disposições a seguir, e que haja condições técnicas de decolagem, voo e pouso.
- O transporte aéreo dar-se-á através de pessoa jurídica especializada e idônea, contratada pela UNIMED-RIO, de um estabelecimento médico e hospitalar para outro credenciado pelo Sistema Nacional Unimed, situado a mais de 50 km (cinquenta quilômetros) e fora do mesmo município, com condições adequadas ao tratamento do paciente.
- Está incluído o transporte terrestre do hospital de origem ao aeroporto e do aeroporto ao hospital de destino do paciente, dentro da área urbana das cidades de saída e destino do paciente.
- Em casos excepcionais, configurada a impossibilidade de atendimento de transporte do beneficiário por via aérea, é facultado à UNIMED-RIO providenciar o transporte deste por meio de ambulância terrestre, conforme indicação e avaliação médica do quadro clínico.
- O hospital que acolherá o paciente transportado deverá ser compatível com a rede credenciada pertencente ao plano em que o beneficiário estiver inscrito.
- A assistência objeto desta sinopse será requisitada pelo médico-assistente que estiver prestando o atendimento, mediante contato com a Central de Atendimento da UNIMED-RIO.

- A solicitação dos serviços descritos neste contrato implica na autorização explícita do beneficiário e/ou seus responsáveis e/ou seus familiares, à 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.
- Para se ter direito à requisição do transporte aeromédico, é necessário que o beneficiário, estando em dia com as mensalidades, tenha cumprido a carência prevista no contrato ora aditando (contrato de assistência médica) e que possua possibilidade terapêutica, apresentando pelo menos uma das seguintes patologias: traumatismo crânio-encefálico 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 necessita cuidados intensivos; embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e
- trombolíticos; choque cardiogênico, que necessite de internação em UTI com mais recursos; cirurgia cardíaca em caráter de urgência e com necessidade de terapia intensiva; pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos necessários; queimaduras – (elétricas, térmicas e químicas) – com área corpórea afetada maior que 30% que requerem cuidados não disponíveis no local; angina instável que necessite de cuidados intensivos e/ou recursos diagnósticos complementares 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 necessário 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 átrio ventricular de segundo grau tipo 2; bloqueio átrio ventricular total; hemorragia intracerebral extradurais e subdurais; pneumotórax hipertensivo após drenagem; obstrução intestinal que necessite intervenção cirúrgica; septicemia; coma diabético; cetoacidose diabética; endocardite bacteriana aguda; edema

agudo de pulmão refratário e tratamento clínico que necessite tratamento em UTI; e traumatismo de abdômen que necessite de aporte ventilatório em UTI.

- A assistência também será prestada nas seguintes situações: de risco iminente de vida 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 estes recursos.
- Ocorrendo o pedido de remoção de beneficiário portador de moléstia não prevista 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 chegada da Empresa Prestadora do Serviço 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.
- A assistência prevista nesta sinopse não assegura o atendimento nos seguintes casos: aqueles sem possibilidade terapêutica (fase terminal); coma “depassé” e a colocação de próteses e órteses durante o transporte.
- 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 da Empresa Prestadora do Serviço, na origem do transporte e depois da sua entrega pela equipe médica da Prestadora do Serviço, no destino escolhido pelos responsáveis e/ou familiares.
- O Transporte Aeromédico é prestado, atualmente, pela empresa mencionada na Proposta Contratual. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica a qualquer momento durante a relação contratual e independentemente de qualquer aviso prévio.
- A assistência prevista nesta sinopse será prestada imediatamente após o cumprimento do período de carência de 50 (cinquenta) dias, a partir do início de vigência da relação contratual individual de cada beneficiário indicado como beneficiário desta assistência, observando-se o cumprimento dos prazos carenciais. A inclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR acarretará a inclusão de todos os seus respectivos dependentes.

- CONTRATANTE está ciente de que o preço ajustado, por beneficiário inscrito nesta assistência, é informado por ocasião da contratação ou da solicitação de alteração contratual, e constará da Proposta Contratual.....
.....
- O valor pago por esta assistência será reajustado anualmente, pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar, salvo quando apresentarem em suas condições índices de variação específicos.....
.....
- Os atendimentos deverão ser requisitados pelo médico assistente, através do telefone próprio, indicado no Guia Médico.

AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS FORAM RESUMIDAS NESTA SINOPSE PARA FACILITAR O ENTENDIMENTO DOS BENEFICIÁRIOS.