REGULAMENTO

Coletivo por Adesão Cooperado

Ômega Platinum Dental

Unimed Rio

SUMÁRIO

Título I – Da Qualificação da Operadora ---------- **03**
Título II – Da Qualificação do Beneficiário Titular ---------- **03**
Título III – Do Nome Comercial e do Número de Registro do Produto na ANS---------- **03**
Título IV – Do Tipo de Contratação---------- **03**
Título V – Da Segmentação Assistencial do Produto---------- **03**
Título VI – Da Área Geográfica de Abrangência e da Área de Atuação do Produto ---------- **03**
Título VII – Do Padrão de Acomodação em Internação ---------- **03**
Título VIII – Da Formação do Preço ---------- **04**
Título IX – Dos Atributos do Regulamento ---------- **04**
Título X – Das Condições de Admissão---------- **04**
Título XI – Das Coberturas e Procedimentos Garantidos---------- **05**
Título XII – Das Exclusões de Cobertura ---------- **18**
Título XIII – Da Duração do Regulamento ---------- **20**
Título XIV – Dos Períodos de Carência ---------- **20**
Título XV – Das Doenças e Lesões Preexistentes---------- **22**
Título XVI – Do Atendimento de Urgência e Emergência---------- **23**
Título XVII – Do Acesso à Livre Escolha de Prestadores ---------- **26**
Título XVIII – Dos Mecanismos de Regulação ---------- **27**
Título XIX – Da Formação do Preço e Mensalidade----------**31**
Título XX – Do Reajuste ----------**31**
Título XXI – Das Faixas Etárias ---------- **34**
Título XXII – Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário ---------- **35**
Título XXIII – Da Exclusão/Suspensão---------- **36**
Título XXIV – Do Encerramento da Operação do Plano de Saúde---------- **37**
Título XXV – Das Disposições Gerais ---------- **37**
Título XXVI – Da Eleição de Foro ---------- **40**

UNIMED ADESÃO COOPERADO ÔMEGA PLATINUM DENTAL

VERSÃO ATUALIZADA EM 09/2019

REGULAMENTO APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA. EM 16/12/2013.

TÍTULO I - DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Art. 1 – UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA., com sede na Av. Armando Lombardi, 400, Lojas 101, 105 e 108, 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, doravante denominada simplesmente UNIMED-RIO.

TÍTULO II - DA QUALIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Art. 2 – É o(a) médico(a) cooperado(a) da Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda., regularmente inscrito(a), conforme estabelecido no Estatuto Social vigente desta Cooperativa e devidamente qualificado no Termo de Adesão.

TÍTULO III - DO NOME COMERCIAL E DO NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS

Nome Comercial do Produto	Nº de Registro na ANS
Unimed Adesão Cooperado Ômega Platinum Dental	470.466/14-5

TÍTULO IV - DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

Art. 3 – COLETIVO POR ADESÃO – aquele que oferece cobertura da atenção prestada aos médicos cooperados, conforme estabelecido neste Regulamento.

TÍTULO V - DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PRODUTO

Nome Comercial do Produto	Segmentação
Unimed Adesão Cooperado Ômega Platinum Dental	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

TÍTULO VI - DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO

Nome Comercial do Produto	Abrangência e Área de Atuação do Produto
Unimed Adesão Cooperado Ômega Platinum Dental	Nacional

TÍTULO VII - DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Nome Comercial do Produto	Padrão de Acomodação em Internação
Unimed Adesão Cooperado Ômega Platinum Dental	Internação em quarto individual

TÍTULO VIII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO

Art. 4 – O preço será preestabelecido, ou seja, o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da assistência contratada.

TÍTULO IX - DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5 – O presente Regulamento tem por objeto disciplinar a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, artigo 1º da Lei 9.656/1998, visando a assistência médica, hospitalar, 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, observado o produto escolhido no Termo de Adesão, aos BENEFICIÁRIOS TITULARES e seus DEPENDENTES, regularmente inscritos, na forma e condições deste Regulamento.

Parágrafo Único – O presente Regulamento traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, bem como às normas de Saúde Suplementar exaradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 6 – A assistência regulamentada destina-se à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observados a legislação em vigor, os termos deste Regulamento e as coberturas previstas no produto escolhido.

Art. 7 – Além dos atendimentos médicos, hospitalares, obstétricos e odontológicos previstos no produto escolhido, o BENEFICIÁRIO TITULAR poderá incluir outras coberturas opcionais que estiverem sendo oferecidas pela UNIMED-RIO, mediante pagamento do valor a elas correspondente.

Art. 8 – As condições de serviços adicionais, doravante denominados OPCIONAIS, quando incluídos, constarão em documentação própria e serão devidamente assinadas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e incorporadas ao presente Regulamento.

TÍTULO X - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

CAPÍTULO I - DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 9 – São considerados para efeito deste Regulamento:

I – BENEFICIÁRIOS TITULARES – médico(a) cooperado(a) da UNIMED-RIO, regularmente inscrito(a), conforme estabelecido no Estatuto Social vigente da Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda., e devidamente qualificado no Termo de Adesão; e

II – BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES - aqueles que têm grau de parentesco com o BENEFICIÁRIO TITULAR, assim definidos: cônjuge ou companheiro; filhos do TITULAR ou do companheiro com idade limite de 31 (trinta e um) anos; tutelados; menores sob guarda por força de decisão judicial; e filhos inválidos de qualquer idade.

CAPÍTULO II - DA IMPLANTAÇÃO

Art. 10 – O BENEFICIÁRIO TITULAR e seus DEPENDENTES terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da aprovação do Regulamento para aderirem ao plano, sob pena de cumprimento das carências previstas neste Regulamento.

Parágrafo Primeiro - O BENEFICIÁRIO TITULAR que estabelecer vínculo associativo com a UNIMED-RIO **após o término do período de 30 (trinta) dias** da aprovação do Regulamento, poderá ser incluído, **a cada aniversário do Regulamento**, sem o cumprimento das carências definidas neste instrumento**, desde que o Termo de Adesão com a inclusão do(s) BENEFICIÁRIO(S) seja formalizado em até 30 (trinta) dias da data de aniversário do presente Regulamento.**

Parágrafo Segundo – O BENEFICIÁRIO TITULAR que estabelecer vínculo associativo com a UNIMED-RIO poderá ser incluído, sem o cumprimento das carências definidas neste instrumento**, em até 30 (trinta) dias da data de vinculação à Cooperativa, desde que o Termo de Adesão com a inclusão do(s) BENEFICIÁRIO(S) seja formalizado neste período.**

Art. 11 – Quando da adesão de BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S), o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá apresentar à UNIMED-RIO os documentos cadastrais que identificam e qualificam o(s) respectivo(s) BENEFICIÁRIO(S), inclusive quanto ao grau de parentesco.

CAPÍTULO III – DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Art. 12 – Fica assegurado ao BENEFICIÁRIO TITULAR, o direito à inclusão e à exclusão de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, durante a vigência do Regulamento, conforme solicitação prévia, desde que sejam observados os prazos previstos no Termo de Adesão e que os pedidos sejam solicitados por meio de documentos ou meios próprios indicados pela UNIMED-RIO. A adesão e a exclusão, a pedido do BENEFICIÁRIO TITULAR, dar-se-ão diretamente à UNIMED-RIO.

Art. 13 – A assistência e benefícios constantes deste instrumento serão prestados aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos, a partir da data da vigência constante do Termo de Adesão, subsequente ao pedido de adesão e desde que cumpram as carências eventualmente aplicadas.

Art. 14 – A inclusão de BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S) fora dos prazos previstos no "CAPÍTULO II - DA IMPLANTAÇÃO" far-se-á mediante o cumprimento das carências previstas neste Regulamento. Exceção feita aos seguintes casos:

I – cônjuge ou companheiro(a), aproveitando-se para ele(a) 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 do início da união estável devidamente comprovada, mediante apresentação da Escritura Pública Declaratória de União Estável, podendo sofrer aplicação de Coberturas Parciais Temporárias em caso de Doenças ou Lesões Preexistentes;**

II – 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 e que o BENEFICIÁRIO TITULAR já tenha cumprido, no mínimo, 180 (cento e oitenta) dias de carência. Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR não tenha cumprido o mínimo de 180 (cento e oitenta) dias de carência, o recém-nascido aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR;**

III – filho adotivo com idade de até 12 (doze) anos que tenha sido adotado ou sob guarda ou tutela, durante a vigência deste Regulamento, aproveitando-se para ele os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável, conforme o caso, 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, guarda ou tutela; e

IV – filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo BENEFICIÁRIO pai.

Art. 15 – Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES somente serão incluídos no caso de participação do BENEFICIÁRIO TITULAR.

Art. 16 – A UNIMED-RIO solicitará documentação cadastral comprobatória das declarações prestadas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, por ocasião da adesão dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES no plano.

TÍTULO XI - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 17 – Observadas as disposições e as coberturas do produto escolhido, 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 Título XII "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, além da rede de prestadores vinculada ao produto aderido e suas demais condições.

Art. 18 – Fica assegurado ainda, quando escolhido produto 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 produto escolhido.

Art. 19 – As coberturas assistenciais a seguir relacionadas serão prestadas de acordo com a segmentação, acomodação, área de abrangência e rede assistencial do produto escolhido, independente do local e da circunstância de ocorrência do evento, aí incluídos os casos de acidente de trabalho e os relacionados à saúde ocupacional.

CAPÍTULO I – DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Art. 20 – Estão assegurados os atendimentos, exclusivamente 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.

Art. 21 – Das Consultas:

I – 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, desde que dentro das áreas de ação das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, por médicos cooperados pertencentes a estas cooperativas, de acordo com a abrangência do produto;

c) em número ilimitado **em clínicas básicas e especializadas credenciadas para o produto escolhido**, inclusive obstétricas para pré-natal;

d) com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, de acordo com o estabelecido 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.

Art. 22 – Dos Exames Complementares, Procedimentos e Tratamentos

I – Está garantida a cobertura dos itens a seguir relacionados, que deverão ser realizados nos prestadores credenciados para o produto escolhido, mediante pedido por escrito do médico ou cirurgião-dentista assistente devidamente habilitado e desde que seja previamente autorizado pela UNIMED-RIO, respeitando **o cumprimento das carências fixadas neste Regulamento e das Coberturas Parciais Temporárias, que 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 para remoção, **depois de realizados os atendimentos classificados como Urgência ou Emergência**, efetuada de um estabelecimento hospitalar para outro pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município de Duque de Caxias ou do município

do Rio de Janeiro ou 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 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, eletronterapia 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) taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora de Planos Privados de Assistência a Saúde e prestadores de serviços de saúde;

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

m) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, **assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso**, 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.

CAPÍTULO II – DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Art. 23 – Estão garantidos, exclusivamente, quando realizados no período compreendido entre a data da internação e a da alta hospitalar:

I – internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas credenciadas para o produto escolhido e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

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

III – despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, inclusive dietética, para o BENEFICIÁRIO internado;

IV – internações necessárias para atendimento de Urgências e Emergências;

V – internação em quarto individual;

VI – acomodação para 1 (um) acompanhante do BENEFICIÁRIO internado, **independente da idade deste;**

VII – acomodação e alimentação necessária a permanência de 1 (um) acompanhante do BENEFICIARIO internado, **menor de 18 (dezoito) anos de idade ou a partir de 60 (sessenta) anos, assim como os portadores de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente;**

VIII – 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;

IX – 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 Regulamento e em território brasileiro;

X – transplantes de rim, de córnea e de medula óssea autóloga e heteróloga (alogênico), 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:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde do BENEFICIÁRIO receptor;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.

XI – 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;

XII – cobertura da 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 utilizados durante o período de internação hospitalar. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do BENEFICIARIO, com vistas a diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

- em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá 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; e
- os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar.

XIII – procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados 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;

XIV – procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- hemodiálise e 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, ambulatórios e Urgência e Emergência;
- procedimentos radioterápicos;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- embolizações;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de fisioterapia;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 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.

XV – 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 Título XII "Das Exclusões de Cobertura"**;

XVI – os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada;

XVII – 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;

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

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

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

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

- mulheres com capacidade civil plena;
- maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou com, pelo menos, 2 (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;

XXII – 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, 2 (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.

Art. 24 – 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.

Art. 25 – 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.

Art. 26 – 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 produto escolhido.

Art. 27 – 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.

Art. 28 – O atendimento por um ou mais especialistas está assegurado durante a internação hospitalar, desde que sua necessidade seja justificada pelo médico assistente.

Art. 29 – A internação hospitalar será providenciada por meio 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.

Art. 30 – 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.

Art. 31 – Se, por ocasião da internação o BENEFICIÁRIO TITULAR optar por acomodação hospitalar superior à do produto escolhido, ficará sob sua exclusiva responsabilidade negociar diretamente com o médico e/ou o hospital os custos médicos e hospitalares que excederem à garantia prevista neste Regulamento, bem como os prazos de pagamento, não cabendo à UNIMED-RIO qualquer ônus daí decorrente.

Art. 32 – Será garantido o acesso à acomodação em nível superior sem ônus adicional, no caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados.

CAPÍTULO III – DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA

Art. 33 – 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.

Art. 34 – Está garantida a cobertura de atendimento em hospital-dia psiquiátrico, na forma indicada nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento.

Art. 35 – Entende-se por hospital-dia psiquiátrico como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionar ao BENEFICIÁRIO a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

CAPÍTULO IV – DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Art. 36 – Estão garantidos os seguintes atendimentos médicos e hospitalares relacionados a seguir:

I – 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;

II – procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério;

III – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação de um acompanhante indicado pela gestante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraindicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias quando indicado pelo médico assistente;

IV – cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou de seu dependente **que já tenha cumprido, no mínimo, 180 (cento e oitenta) dias de carência. Caso contrário, o recém-nascido terá cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR ou DEPENDENTE**.

CAPÍTULO V – DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Art. 37 – 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:** dentística restauradora, endodontia, periodontia, odontopediatria, prótese dental 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 respectivas Diretrizes de Utilização e será prestada após a realização de perícia prévia.

Art. 38 – Estão cobertos também os honorários do cirurgião-dentista pertencente à rede assistencial própria, credenciada ou contratada e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais, cobertos pelo Rol de Procedimentos da segmentação odontológica, que forem decorrentes de situações que, por imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar.

Art. 39 – 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. O cirurgião-dentista assistente e o médico assistente deverão 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.

Art. 40 – A cobertura odontológica atualmente é prestada, única e exclusivamente, por meio de rede assistencial de empresa contratada no âmbito do território nacional, mencionada no Termo de Adesão.

Art. 41 – A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência odontológica com outra pessoa jurídica, diversa daquela informada por ocasião da Adesão ao Regulamento, a qualquer momento, independente de aviso prévio.

Art. 42 – Os procedimentos odontológicos cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como nas Diretrizes de Utilização da ANS, em vigor até a data de registro deste Regulamento, são os seguintes:

a) DIAGNÓSTICO

- consulta odontológica inicial;
- consulta odontológica;
- consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial;
- diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial;
- diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial;
- diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial;
- diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico;
- diagnóstico e tratamento de estomatite herpética;
- diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose;
- diagnóstico e tratamento de halitose;
- diagnóstico e tratamento de xerostomia;
- teste de fluxo salivar;
- teste de PH salivar;
- condicionamento em odontologia (com diretriz de utilização).

b) RADIOLOGIA

- radiografia interproximal – bite-wing;
- radiografia periapical;
- radiografia oclusal;
- radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- levantamento radiográfico (exame radiodôntico).

c) PREVENÇÃO

- atividade educativa em saúde bucal;
- atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais;
- controle de biofilme (placa bacteriana);
- profilaxia: polimento coronário;
- remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (placa bacteriana);
- aplicação de cariostático (com diretriz de utilização);
- aplicação de selante – técnica invasiva (com diretriz de utilização);
- aplicação de selante de fóssulas e fissuras (com diretriz de utilização);
- aplicação tópica de flúor;
- aplicação tópica de verniz fluoretado.

d) DENTÍSTICA RESTAURADORA

- colagem de fragmentos dentários;
- ajuste oclusal por acréscimo;
- ajuste oclusal por desgaste seletivo;
- dessensibilização dentária;
- remineralização;
- restauração em resina fotopolimerizável – 1 face;
- restauração em resina fotopolimerizável – 2 faces;
- restauração em resina fotopolimerizável – 3 faces;
- restauração em resina fotopolimerizável – 4 faces;
- restauração de amálgama – 1 face;
- restauração de amálgama – 2 faces;
- restauração de amálgama – 3 faces;
- restauração de amálgama – 4 faces;
- restauração em ionômero de vidro – 1 face;
- restauração em ionômero de vidro – 2 faces;
- restauração em ionômero de vidro – 3 faces;
- restauração em ionômero de vidro – 4 faces;
- restauração temporária/tratamento expectante;
- restauração atraumática em dente permanente (com diretriz de utilização);
- núcleo de preenchimento;
- faceta direta em resina fotopolimerizável.

e) PRÓTESE DENTAL UNITÁRIA

- coroa provisória com pino (com diretriz de utilização)*;
- coroa provisória sem pino (com diretriz de utilização)*;
- provisório para restauração metálica fundida*;
- remoção de trabalho protético;

- reembasamento de coroa provisória*;
- restauração metálica fundida (com diretriz de utilização)*;
- coroa total metálica (com diretriz de utilização)*;
- coroa total em cerômero (com diretriz de utilização)* – unitária para dentes anteriores (incisivos e caninos);
- núcleo metálico fundido (com diretriz de utilização)**;
- pino pré-fabricado (com diretriz de utilização)**;
- coroa de acetato em dente permanente (com diretriz de utilização);
- coroa de aço em dente permanente (com diretriz de utilização);
- coroa de policarbonato em dente permanente (com diretriz de utilização).

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

**Para dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio.

f) PERIODONTIA

- imobilização dentária em dentes permanentes;
- remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (placa bacteriana);
- raspagem sub-gengival/alisamento radicular;
- raspagem supra-gengival;
- profilaxia: polimento coronário;
- gengivectomia;
- gengivoplastia;
- aumento de coroa clínica;
- cunha proximal;
- cirurgia periodontal a retalho;
- odonto-secção;
- enxerto gengival livre;
- enxerto pediculado;
- tunelização (com diretriz de utilização);
- tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA;
- tratamento de pericoronarite;
- manutenção periodontal.

g) ENDODONTIA

- capeamento pulpar direto;
- pulpotomia;
- pulpectomia;
- curativo de demora em endodontia;
- remoção de corpo estranho intracanal;
- remoção de núcleo intrarradicular;
- tratamento endodôntico em dente decíduo;
- tratamento endodôntico unirradicular;

- tratamento endodôntico birradicular;
- tratamento endodôntico multirradicular;
- retratamento endodôntico unirradicular;
- retratamento endodôntico birradicular;
- retratamento endodôntico multirradicular;
- tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
- tratamento de perfuração endodôntica.

h) CIRURGIA ORAL MENOR

- alveoloplastia;
- aprofundamento/aumento de vestíbulo;
- amputação radicular com obturação retrógrada;
- amputação radicular sem obturação retrógrada;
- apicetomia birradiculares com obturação retrógrada;
- apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada;
- apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada;
- apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada;
- apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada;
- apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada;
- biópsia de boca (com diretriz de utilização)*;
- biópsia de glândula salivar (com diretriz de utilização)*;
- biópsia de lábio (com diretriz de utilização)*;
- biópsia de língua (com diretriz de utilização)*;
- biópsia de mandíbula (com diretriz de utilização)*;
- biópsia de maxila (com diretriz de utilização)*;
- bridectomia;
- bridotomia;
- cirurgia odontológica a retalho;
- cirurgia para exostose maxilar;
- cirurgia para torus mandibular – bilateral;
- cirurgia para torus mandibular – unilateral;
- cirurgia para torus palatino;
- coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial*;
- exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial*;
- exérese ou excisão de cálculo salivar;
- exérese ou excisão de mucocele;
- exérese ou excisão de rânula;
- exérese ou excisão de cistos odontológicos*;
- exodontia a retalho;
- exodontia de raiz residual;

- exodontia simples de permanente;
- exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
- redução cruenta de fratura alvéolo dentária;
- redução incruenta de fratura alvéolo dentária;
- frenulotomia labial;
- frenulectomia labial;
- frenulotomia lingual;
- frenulectomia lingual;
- incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- reconstrução de sulco gengivo-labial;
- reimplante dentário com contenção;
- remoção de dentes inclusos/impactados;
- remoção de dentes semi-inclusos/impactados;
- ulectomia;
- ulotomia;
- remoção de dreno extra-oral*;
- remoção de dreno intra-oral*;
- remoção de odontoma*;
- tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução (com diretriz de utilização)*;
- tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial (com diretriz de utilização)*;
- tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal (com diretriz de utilização)*;
- tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal (com diretriz de utilização)*;
- tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (com diretriz de utilização)*;
- tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (com diretriz de utilização)*;
- redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular – ATM (com diretriz de utilização)*;
- punção aspirativa na região buco-maxilo-facial*.

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

i) ODONTOPEDIATRIA

- aplicação de cariostático (com diretriz de utilização);
- aplicação de selante – técnica invasiva (com diretriz de utilização);
- aplicação de selante de fóssulas e fissuras (com diretriz de utilização);
- aplicação tópica de flúor;

- aplicação tópica de verniz fluoretado;
- dessensibilização dentária;
- remineralização;
- imobilização dentária em dentes decíduos;
- coroa de acetato em dente decíduo (com diretriz de utilização);
- coroa de aço em dente decíduo (com diretriz de utilização);
- coroa de policarbonato em dente decíduo (com diretriz de utilização);
- pulpotomia em dente decíduo;
- estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica;
- restauração em resina fotopolimerizável – 1 face;
- restauração em resina fotopolimerizável – 2 faces;
- restauração em resina fotopolimerizável – 3 faces;
- restauração em resina fotopolimerizável – 4 faces;
- restauração de amálgama – 1 face;
- restauração de amálgama – 2 faces;
- restauração de amálgama – 3 faces;
- restauração de amálgama – 4 faces;
- restauração em ionômero de vidro – 1 face;
- restauração em ionômero de vidro – 2 faces;
- restauração em ionômero de vidro – 3 faces;
- restauração em ionômero de vidro – 4 faces;
- restauração temporária / tratamento expectante;
- restauração atraumática em dente decíduo (com diretriz de utilização);
- núcleo de preenchimento;
- faceta direta em resina fotopolimerizável;
- exodontia simples de decíduo;
- imobilização dentária em dentes decíduos.

j) PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- consulta odontológica de urgência;
- consulta odontológica de urgência 24 (vinte e quatro) horas;
- controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- restauração temporária / tratamento expectante;
- pulpectomia;
- pulpotomia;
- imobilização dentária em dentes decíduos;
- imobilização dentária em dentes permanentes;
- recimentação de trabalhos protéticos;

- tratamento de alveolite;
- tratamento de abscesso periodontal agudo;
- colagem de fragmentos dentários;
- sutura de ferida em região buco-maxilo-facial (com diretriz de utilização)*;
- incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial*;
- incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial*;
- reimplante dentário com contenção.

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

Art. 43 – A UNIMED-RIO garantirá o reembolso das despesas odontológicas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO em casos de urgência e emergência, em caráter de exceção e desde que devidamente comprovadas por meio de nota fiscal de serviços/recibo original, **exclusivamente quando não for possível a utilização da rede assistencial odontológica contratada**, observando-se para tal, as coberturas asseguradas pelo produto escolhido, os valores expressos na **Tabela de Referência da Assistência Odontológica da UNIMED-RIO**, as carências previstas neste instrumento e os custos dos atendimentos.

CAPÍTULO VI – DO ATENDIMENTO PARA ACIDENTE DE TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

Art. 44 – Estão garantidos os atendimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde relacionados a acidentes de trabalho e à saúde ocupacional, bem como suas consequências, **observando-se a segmentação do produto escolhido e as exclusões previstas no Título XII "DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA".**

Art. 45 – 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.

TÍTULO XII – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 46 – Não estão asseguradas neste Regulamento e nos produtos a ele relacionados as seguintes coberturas, observadas as ressalvas a que se referirem:

I – atendimentos domiciliares e enfermagem particular, independentemente das condições do BENEFICIÁRIO;

II – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;

III – atendimentos em casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente;

IV – atendimentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da adesão ao plano escolhido ou do cumprimento das carências previstas no Título XIV "DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA";

V – 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 Regulamento para os casos de reembolso de despesas médicas e hospitalares;

VI – fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VII – 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);

VIII – fornecimento de vacinas;

IX – cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X – despesas extraordinárias do BENEFICIÁRIO e/ou acompanhante, inclusive telefonia, TV e internet, artigos de *toillet*, frigobar, perfumaria, embelezamento, restaurante, lanchonete, estacionamento e atividades para fins estéticos;

XI – inseminação artificial;

XII – necropsias;

XIII – 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;

XIV – remoção, ressalvadas as hipóteses expressamente previstas neste Regulamento;

XV – tratamento esclerosante de varizes, assim como 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;

XVI – tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

XVII – tratamentos em estâncias hidrominerais, clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de 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;

XVIII – procedimentos, exames, atendimentos ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência do produto escolhido;

XIX – procedimentos de vasectomia nos seguintes casos:

- **durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico; e**
- **em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.**

XX – procedimentos de laqueadura nos seguintes casos:

- **durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;**
- **através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;**
- **quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente; e**
- **em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.**

XXI – internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXII – fornecimento de medicamentos que não atendam às regras estabelecidas no Rol vigente à época do evento ou aos demais normativos referenciados no mesmo;

XXIII – 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;

XXIV – 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; e

XXV – na segmentação odontológica:

- **atendimentos odontológicos prestados por cirurgião-dentista não pertencente à rede assistencial própria, credenciada ou contratada, salvo nos casos de Urgência e Emergência, exclusivamente quando não for possível a utilização da referida rede, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo produto escolhido, valores expressos na Tabela de Referência da Assistência Odontológica da UNIMED-RIO, as carências previstas neste Regulamento e o custo dos atendimentos;**
- **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;**
- **todos os procedimentos da especialidade de implantodontia, inclusive implantes dentários osteointegráveis e transplantes autógenos dentários;**
- **todos os procedimentos da especialidade de ortodontia, nesta inclusos documentação, instalação e manutenção mensal de aparelhagem fixa ou móvel.**

TÍTULO XIII - DA DURAÇÃO DO REGULAMENTO

Art. 47 – O início de vigência do Regulamento será a data da sua aprovação.

Art. 48 – O Regulamento terá vigência mínima de 12 (doze) meses, contados a partir de seu início, renovando-se automaticamente por prazo indeterminado ao fim deste período, não havendo cobrança de qualquer taxa por parte da UNIMED-RIO relacionada à renovação e nem qualquer recontagem dos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e seus DEPENDENTES.

TÍTULO XIV - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 49 – Carência é o período de tempo ininterrupto, contado a partir da adesão de cada BENEFICIÁRIO, em que o BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou demais BENEFICIÁRIOS ainda não gozam do direito de utilizar as coberturas asseguradas pelo produto escolhido.

Art. 50 – A assistência prevista neste Regulamento será prestada aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos, observadas as condições deste instrumento e as coberturas do produto escolhido, imediatamente após o cumprimento das carências específicas contadas a partir da adesão do BENEFICIÁRIO ao plano, a saber:

I – 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência;

II – 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 videolaringoestroboscopia computadorizada; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inaloterapia; e provas funcionais respiratórias;

III – 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;

IV – 180 (cento e oitenta) dias para ultrassonografia morfológica; dopplerfluxometria; e videolaringoestroboscopia computadorizada;

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

VI – 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;

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

VIII – 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;

IX – 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); fornecimento de próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico; 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 e todos os demais atendimentos médicos não elencados neste item.

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

XI – 300 (trezentos) dias para parto a termo.

TÍTULO XV - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 51 - Declaração de Saúde é o documento 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 Doenças ou Lesões 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 à adesão ao plano.

Art. 52 - 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 adesão ao plano.

Art. 53 - 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.**

Art. 54 - O BENEFICIÁRIO tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais próprios, da rede de prestadores credenciados ou referenciados da UNIMED-RIO, sem qualquer ônus.

Art. 55 - 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.

Art. 56 - Havendo a constatação de alguma Doença ou Lesão Preexistente à adesão, ao BENEFICIÁRIO portador da referida Doença ou Lesão Preexistente será aplicada a Cobertura Parcial Temporária. **Fica estipulado que em hipótese alguma será oferecido o agravo aos BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES como opção à aplicação da Cobertura Parcial Temporária.**

Art. 57 - Doença ou Lesão Preexistente é aquela que o BENEFICIÁRIO ou seu representante devidamente habilitado saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano.

Art. 58 - Cobertura Parcial Temporária (CPT) é o período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido neste Regulamento, 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.

Art. 59 - Agravo é acréscimo no valor da contraprestação do produto paga pelo BENEFICIÁRIO, para que tenha direito integral à cobertura para a Doença ou Lesão Preexistente declarada, após cumpridos os prazos de carências previstos neste Regulamento, de acordo com as condições negociadas entre a UNIMED-RIO e o BENEFICIÁRIO TITULAR.

Art. 60 - Caso sejam identificados pela UNIMED-RIO indícios de fraude por parte do BENEFICIÁRIO referente à omissão de conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente por ocasião da adesão ao plano, a UNIMED-RIO comunicará ao BENEFICIÁRIO sobre a alegação de omissão de informações por meio do Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá adotar as seguintes medidas:

I - 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 produto escolhido; ou

II - 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.**

Art. 61 - Comprovada a fraude junto à ANS, a UNIMED-RIO poderá a seu critério: a) 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 b) excluir o BENEFICIÁRIO.

Art. 62 – Na hipótese de exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR que possua DEPENDENTE no presente Regulamento, aquele poderá transferir a titularidade para algum dos seus BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES **mediante requerimento formal junto à UNIMED-RIO, desde que com a anuência do novo titular e no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da sua exclusão.**

Art. 63 – 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.

Art. 64 – Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR do plano, até a publicação pela ANS do eventual encerramento do processo administrativo em decorrência da fraude mencionada neste artigo.

Art. 65 – É vedada a alegação de omissão de informação de Doenças e Lesões Preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no BENEFICIÁRIO.

TÍTULO XVI - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CAPÍTULO I – DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ASSISTENCIAL

Art. 66 – A definição de Urgência e Emergência prevista no artigo 35-C da Lei nº 9.656/98 é:

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

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

Art. 67 – 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 plano, 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 artigo a seguir explicitadas, observando-se os prazos de carência específicos para cada um dos procedimentos listados em tema próprio.

Art. 68 – Os casos de Emergência, **ocorridos durante os períodos de carência previstos neste instrumento**, terão cobertura em regime ambulatorial durante as 12 (doze) primeiras horas ou, por prazo inferior, caso haja necessidade de internação.

Art. 69 – Os casos de Urgência relativos ao processo gestacional, ocorridos durante os períodos de carência previstos neste instrumento, também terão cobertura em regime ambulatorial durante as primeiras 12 (doze) horas ou, por prazo inferior, caso haja necessidade de internação.

Art. 70 – 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.

Art. 71 – Ao término do prazo das 12 (doze) horas em regime ambulatorial e/ou havendo necessidade de internação hospitalar caracterizada pelo médico assistente, mesmo que dentro dessas 12 (doze) primeiras horas, cessará por completo para a UNIMED-RIO a responsabilidade pelas despesas médicas e hospitalares daí decorrentes. A UNIMED-RIO garantirá a remoção do paciente, por meio de ambulância devidamente equipada, para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS que disponha de recursos para continuidade do atendimento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nesta Unidade do SUS.

Art. 72 – Se o BENEFICIÁRIO 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 UNIMED-RIO desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Art. 73 – 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, mas não limitados a atos cirúrgicos e internações, mesmo que realizados dentro do período das 12 (doze) horas.

Art. 74 – A UNIMED-RIO garantirá os atendimentos de Urgência decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do plano.

Art. 75 – Após cumpridas as carências e a Cobertura Parcial Temporária, haverá cobertura dos atendimentos de Urgência e Emergência desde a admissão ao atendimento até a alta do BENEFICIÁRIO, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e/ou funções.

CAPÍTULO II – DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

Art. 76 – Estão garantidos os seguintes atendimentos de Urgência e Emergência odontológicas, após o cumprimento dos prazos de carência:

- consulta odontológica de urgência;
- consulta odontológica de urgência 24 (vinte e quatro) horas;
- controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- restauração temporária/tratamento expectante;
- pulpectomia;
- pulpotomia;
- imobilização dentária em dentes decíduos;
- imobilização dentária em dentes permanentes;
- recimentação de trabalhos protéticos;
- tratamento de alveolite;
- tratamento de abscesso periodontal agudo;
- colagem de fragmentos dentários;
- sutura de ferida em região buco-maxilo-facial (com diretriz de utilização)*;
- incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial*;
- incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial*;
- reimplante dentário com contenção.

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

CAPÍTULO III – DO REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS

Art. 77 – Na impossibilidade comprovada da utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados, **dentro da área de abrangência do produto**, em situações de urgência e/ou emergência enfrentadas pelos BENEFICIÁRIOS, a UNIMED-RIO se compromete, dentro dos limites e condições deste Regulamento, a reembolsar as despesas realizadas com a assistência à saúde para os BENEFICIÁRIOS.

Art. 78 – A Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) encontra-se registrada no Cartório do 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 1027159.

Art. 79 – Considerando que a Tabela de Reembolso é atualizada em decorrência de determinações da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o BENEFICIÁRIO deverá observar no site www.unimedrio.com.br eventuais alterações do número de registro ou do Ofício de Registro de Títulos e Documentos.

Art. 80 – O reembolso será feito com a apresentação dos documentos previstos nesta cláusula **no prazo máximo de 30 (trinta) dias** contados a partir da apresentação das vias originais de todos os documentos a seguir:

a) relatório do médico ou cirurgião-dentista assistente constando: nome do paciente, justificativa para o atendimento de Urgência e/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, 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.

Art. 81 – Em caso de documentação incompleta ou, ainda nos casos de inexatidão nos documentos apresentados, a UNIMED-RIO poderá solicitar informações complementares. Neste caso, será iniciado novo prazo de até 30 (trinta) dias para a realização do reembolso pela UNIMED-RIO, o qual será contado da data de entrega da documentação complementar pelo BENEFICIÁRIO.

Art. 82 – O reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e em valor nunca inferior ao praticado na rede referenciada da UNIMED-RIO.

Art. 83 – O reembolso deverá ser solicitado no prazo máximo de 12 (doze) meses da data do evento, sob pena de perda do direito ao reembolso.

Art. 84 – O reembolso será creditado em conta corrente ou poupança do BENEFICIÁRIO TITULAR ou em conta de terceiros, neste último caso com valor máximo determinado pela UNIMED-RIO, desde que haja devida ciência e autorização por escrito do BENEFICIÁRIO TITULAR.

CAPÍTULO IV – DA REMOÇÃO

Art. 85 – Está garantida a remoção terrestre após o cumprimento dos períodos de carências previstos neste Regulamento, desde que motivada por atendimento assegurado, justificada pelo médico assistente, previamente autorizada pela UNIMED-RIO e mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, quando for:

I – de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizado dentro da área de atuação do produto escolhido, para hospital pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situado dentro do município de Duque de Caxias ou do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Unimed, vinculados ao produto escolhido pelo beneficiário;

II – de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, localizado dentro da área de atuação do produto escolhido, para hospital pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situado dentro do município de Duque de Caxias ou do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Unimed, vinculados ao produto escolhido pelo beneficiário;

III – realizada entre estabelecimentos hospitalares pertencentes à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município de Duque de Caxias ou do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Unimed, vinculados ao produto escolhido pelo beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

IV – de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO localizado fora da área de atuação do produto escolhido pelo beneficiário, para hospital pertencente à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situado dentro do município de Duque de Caxias ou do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Unimed, vinculados ao produto escolhido pelo beneficiário, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto escolhido e na indisponibilidade ou inexistência de prestador, para realização do devido atendimento, conforme disposto na legislação vigente; ou

V – realizada entre estabelecimentos hospitalares pertencentes à rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO, situados dentro do município de Duque de Caxias ou do município do Rio de Janeiro ou dentro das áreas de ação de cada cooperativa médica integrante do Sistema Unimed, vinculados ao produto escolhido pelo beneficiário, nos casos em que houver previsão no Regulamento para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

TÍTULO XVII - DO ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

CAPÍTULO I – DO PRODUTO

Art. 86 – O produto Unimed Adesão Cooperado Ômega Platinum Dental assegura, dentro do território nacional, **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos), **assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas), **assistência odontológica** e **direito ao reembolso das despesas médicas e hospitalares** realizadas pelo sistema de livre escolha de prestadores de acordo com múltiplo de reembolso.

Art. 87 – O produto Unimed Adesão Cooperado Ômega Platinum Dental possui o seguinte múltiplo de reembolso:

Plano	Paciente internado			Paciente não internado	
	Honorários	Diárias	Serviços	Honorários	Serviços
Unimed Adesão Cooperado Ômega Platinum Dental	4 X TRAMH			4 X TRAMH	

CAPÍTULO II – DO REEMBOLSO

Art. 88 – Materiais, medicamentos, próteses, órteses, materiais especiais ligados ao ato cirúrgico e remoções serão reembolsados na razão de 01 (uma) vez a Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU).

Art. 89 – Taxas e aluguéis serão reembolsados na razão de 04 (quatro) vezes a Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU).

Art. 90 – A Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) encontra-se registrada no Cartório do 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 1027159.

Art. 91 – Considerando que a Tabela de Reembolso é atualizada em decorrência de determinações da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o BENEFICIÁRIO deverá observar no site

www.unimedrio.com.br eventuais alterações do número de registro ou do Ofício de Registro de Títulos e Documentos.

Art. 92 – O reembolso será feito com a apresentação dos documentos previstos nesta cláusula **no prazo máximo de 30 (trinta) dias** contados a partir da apresentação das vias originais de todos os documentos a seguir:

a) relatório do médico ou cirurgião-dentista assistente constando: nome do paciente, justificativa para o atendimento, 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, 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.

Art. 93 – Em caso de documentação incompleta ou, ainda nos casos de inexatidão nos documentos apresentados, a UNIMED-RIO poderá solicitar informações complementares. Neste caso, será iniciado novo prazo de até 30 (trinta) dias para a realização do reembolso pela UNIMED-RIO, o qual será contado da data de entrega da documentação complementar pelo BENEFICIÁRIO.

Art. 94 – O reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e em valor nunca inferior ao praticado na rede referenciada da UNIMED-RIO.

Art. 95 – O reembolso deverá ser solicitado no prazo máximo de 12 (doze) meses da data do evento, sob pena de perda do direito ao reembolso.

Art. 96 – O reembolso será creditado em conta corrente ou poupança do BENEFICIÁRIO TITULAR ou em conta de terceiros, neste último caso com valor máximo determinado pela UNIMED-RIO, desde que haja devida ciência e autorização por escrito do BENEFICIÁRIO TITULAR.

TÍTULO XVIII – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CAPÍTULO I – DAS CONDIÇÕES PARA O ATENDIMENTO

Art. 97 – Para que os BENEFICIÁRIOS recebam a assistência prevista no produto escolhido, é necessário que:

I – tenham cumprido os prazos de carência fixados e as Coberturas Parciais Temporárias que porventura tenham sido aplicadas;

II – os atendimentos médicos sejam executados exclusivamente por médico cooperado da UNIMED-RIO, exceto nos casos de reembolso de despesas assistenciais expressamente previstos neste Regulamento;

III – os atendimentos odontológicos sejam executados exclusivamente pela rede assistencial escolhida, exceto nos casos de urgência e emergência em que houver a impossibilidade de utilização da rede própria, credenciada ou contratada;

IV – sejam respeitados os limites, as coberturas e todas as demais condições estipuladas para o plano ora escolhido; e

V – sejam apresentados o Cartão de Identificação emitido pela UNIMED-RIO com validade em vigor no ato do atendimento e com um documento de identidade do BENEFICIÁRIO ou do responsável por este, oficialmente reconhecido em âmbito nacional e com foto.

Art. 98 – Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais **podem ser** solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição somente aos cooperados ou prestadores de serviços da rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO.

CAPÍTULO II – DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA COBERTURA DOS PRODUTOS

Art. 99 – Os BENEFICIÁRIOS que aderirem ao produto receberão atendimento **dentro do território nacional**, sendo a assistência médica, hospitalar e obstétrica prestada por intermédio das cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, da seguinte forma:

I – se estiverem no município de Duque de Caxias ou no município do Rio de Janeiro, serão atendidos diretamente pela UNIMED-RIO, por meio de seus médicos cooperados e da sua rede própria, credenciada ou contratada de hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros; e

II – 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.

Art. 100 – Os BENEFICIÁRIOS inscritos também receberão assistência odontológica dentro do território nacional.

Parágrafo único – A referida assistência poderá ser prestada por rede própria ou credenciada da UNIMED-RIO ou viabilizada por meio de parceria com outra(s) Operadora(s) Odontológica(s) contratada(s) para esta finalidade. Nesta hipótese, caso haja necessidade de contato com a Operadora responsável pela assistência odontológica para obtenção de informações relacionadas exclusivamente ao atendimento, o BENEFICIÁRIO deverá entrar em contato diretamente com a Central de Atendimento de tal Operadora, cujo número de telefone constará na Carteira de Identificação do plano. Para demais informações regulamentares, o BENEFICIÁRIO deverá entrar em contato diretamente com a Central de Atendimento da UNIMED-RIO.

CAPÍTULO III – DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 101 – 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.

Art. 102 – A resposta à solicitação de autorização prévia será fornecida pela UNIMED-RIO no prazo máximo de 1 (um) dia útil ou, em prazo inferior, quando caracterizada a Urgência.

Art. 103 – As consultas não necessitarão de autorização prévia.

CAPÍTULO IV – DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM DESACORDO COM O PRODUTO ESCOLHIDO

Art. 104 – 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 produto escolhido, bem como por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com médicos cooperados ou não, hospitais ou entidades próprias, credenciadas, contratadas ou não, correndo essas despesas por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO TITULAR.

CAPÍTULO V – DA ATUALIZAÇÃO DA REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 105 – Eventuais alterações na rede serão realizadas em conformidade com os normativos em vigor, sendo certo que nos casos de alteração da rede hospitalar será observado o disposto no artigo 17 e parágrafos da Lei nº 9.656/98, com a comunicação prévia para a ANS nos casos de substituição de rede hospitalar ou autorização do órgão regulador nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.

Art. 106 – 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 Regulamento.

Art. 107 – 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 o BENEFICIÁRIO TITULAR.

Art. 108 – A rede de prestadores de serviços será divulgada no Guia Médico, o qual poderá ser solicitado por um dos canais de atendimento disponibilizados pela UNIMED-RIO ou acessado no endereço eletrônico www.unimedrio.com.br.

Art. 109 – As alterações da rede de prestadores de serviços de saúde estarão disponíveis no endereço eletrônico www.unimedrio.com.br e na Central de Atendimento 24 horas da UNIMED-RIO, conforme normativos em vigor.

CAPÍTULO VI – DA PERDA OU EXTRAVIO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 110 – Ocorrendo perda ou extravio do Cartão de Identificação, o BENEFICIÁRIO TITULAR 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.

Art. 111 – Fica facultada à UNIMED-RIO a cobrança de taxa de emissão de segunda via do cartão, quando solicitada pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.

CAPÍTULO VII – DA INSPEÇÃO E PERÍCIA

Art. 112 – 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 previstas no produto escolhido.

CAPÍTULO VIII – DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA

Art. 113 – Caso haja divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto a partir da indicação clínica do profissional assistente, o impasse será resolvido através de Junta Médica ou Odontológica, composta por 03 (três) profissionais, sendo um profissional escolhido pela UNIMED-RIO, outro pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos demais nomeados.

Art. 114 – Os médicos ou odontólogos 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.

Art. 115 – O desempatador da Junta deverá ter habilitação em especialidade apta a realização do procedimento solicitado, de acordo com a definição do Conselho Federal de Medicina – CFM ou Conselho Federal de Odontologia - CFO.

Art. 116 – A Operadora deverá indicar 04 (quatro) profissionais para formação da Junta com suas devidas qualificações ou currículo profissional.

Art. 117 – Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a Junta, caberá à Operadora indicar imediatamente um profissional dentre os 04 (quatro) sugeridos.

Art. 118 – Os profissionais sugeridos pela Operadora deverão ser preferencialmente, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade

da especialidade médica ou odontológica, ou por associação médica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho.

Art. 119 – A Operadora poderá firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em Juntas Médicas ou Odontológicas, hipótese que exclui a indicação prevista dos 04 (quatro) profissionais acima.

Art. 120 – Caso haja divergência sobre cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I – caberá ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e

II – o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

Art. 121 – A Operadora também deverá instaurar Junta Médica ou Odontológica quando o profissional assistente não indicar as 03 (três) marcas ou a Operadora discordar das marcas indicadas.

CAPÍTULO IX – DIRECIONAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE

Art. 122 – As condições médicas a seguir terão cobertura para o atendimento exclusivamente por prestadores próprios ou credenciados, selecionados para tal e participantes de programas especiais de saúde da UNIMED-RIO:

a) Cirurgias cardiovasculares;

b) Cirurgias da coluna vertebral;

c) Cirurgias ortopédicas - próteses e substituição de qualquer articulação;

d) Embolização vascular cerebral;

e) Implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco;

f) Transplantes de córnea, medula e rim;

g) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes;

h) Tratamento cirúrgico da refração;

i) Tratamento de quimioterapia e radioterapia; e

j) Terapia renal substitutiva.

Art. 123 – A UNIMED-RIO se reserva o direito de, a qualquer tempo, incluir outras condições médicas que poderão vir a ter cobertura para atendimento realizado exclusivamente por prestadores próprios ou credenciados, selecionados para tal e participantes de programas especiais de saúde da UNIMED-RIO, mediante informação prévia.

Art. 124 – O processo para a análise da realização de procedimentos cobertos que envolvam as condições médicas dispostas neste capítulo, poderão contemplar a solicitação de exames complementares, encaminhamento para unidades especiais próprias da UNIMED-RIO, bem como outras medidas que se façam necessárias, **visando sempre o atendimento às Diretrizes de Utilização dispostas no Rol de Procedimentos vigente à época do evento antes do procedimento ser de fato autorizado.**

Art. 125 – A UNIMED-RIO cobrirá os custos médico-hospitalares de acordo com a rede credenciada estabelecida no Guia Médico, no site www.unimedrio.com.br e nos termos deste Regulamento, **podendo fazer o direcionamento para um prestador preferencial.**

Art. 126 – A cobertura de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados **somente será autorizada dentro da rede credenciada para realização de transplante de órgãos.**

TÍTULO XIX - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 127 – O BENEFICIÁRIO TITULAR obriga-se a pagar à UNIMED-RIO, por si e seus DEPENDENTES inscritos, sob a forma de pré-pagamento, os valores constantes do Termo de Adesão, relativos à adesão dos beneficiários e ao preço mensal por beneficiário, de acordo com o produto e coberturas opcionais escolhidos.

CAPÍTULO I – DO CÁLCULO DO PREÇO MENSAL POR BENEFICIÁRIO

Art. 128 – Os preços mensais são fixados com base em cálculo atuarial, que leva em consideração os custos da assistência assegurada conforme o produto 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 no Termo de Adesão, que é parte integrante do presente Regulamento, para todos os fins de direito.

CAPÍTULO II – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Art. 129 – O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá quitar até a data do vencimento constante do Termo de Adesão, os avisos de pagamento, compreendendo a cobrança, sob a forma de pré-pagamento, das mensalidades de todos os BENEFICIÁRIOS inscritos no produto escolhido no mês a que se referir, assim como os valores relativos às coberturas opcionais, quando devidos.

Parágrafo único – O pagamento total dos valores devidos será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO TITULAR.

Art. 130 – Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR não receba o aviso de pagamento até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá providenciar junto à UNIMED-RIO a emissão da 2ª via, promovendo no prazo a ser estipulado no respectivo aviso de cobrança, o pagamento do valor referente ao mês em questão, sob pena de sujeitar-se à multa e encargos moratórios previstos neste Regulamento.

Art. 131 – Será adotada a modalidade de cobrança bancária ou outra forma indicada pela UNIMED-RIO e escolhida pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.

Art. 132 – O pagamento referente a um determinado mês, não significa estarem pagos ou quitados os demais débitos anteriores.

Art. 133 – O pagamento antecipado não elimina nem reduz os prazos de carência ou Coberturas Parciais Temporárias deste Regulamento.

CAPÍTULO III – DO ATRASO NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES

Art. 134 – As mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais, estas quando existirem, que não forem quitados até o vencimento serão atualizados de acordo com a variação do CDI – CETIP (Certificados de Depósitos Interfinanceiros – CETIP), publicado nos jornais de grande circulação, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, incidindo no período entre o dia seguinte ao do vencimento e ao do efetivo pagamento, ficando o BENEFICIÁRIO TITULAR igualmente sujeito ao pagamento de multa de 2% (dois por cento) sobre o débito e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, pro rata die.

TÍTULO XX - DO REAJUSTE

CAPÍTULO I – DAS CONDIÇÕES PARA REAJUSTE

Art. 135 – Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do Regulamento.

Art. 136 – Este Regulamento 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 ou de plano.

Art. 137 – O reajuste integral dar-se-á na data de aniversário da vigência do Regulamento, independentemente da data de adesão dos BENEFICIÁRIOS.

Art. 138 – Os valores das mensalidades relativas às adesões de BENEFICIÁRIOS TITULARES e respectivos DEPENDENTES, independentemente da data de adesão ao plano, serão reajustados quando do aniversário do Regulamento, unificando-se as respectivas datas-base.

Art. 139 – Os reajustes aplicados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos previstos nos normativos vigentes.

CAPÍTULO II – DO REAJUSTE TÉCNICO DA SINISTRALIDADE

Art. 140 – Objetivando a manutenção do equilíbrio técnico-atuarial do Regulamento, anualmente, os preços poderão ser reajustados com base na sinistralidade acumulada.

Art. 141 – Para efeitos do disposto neste item, entende-se por sinistralidade acumulada, o resultado da divisão entre o somatório dos custos dos eventos (atendimentos) ocorridos (Si) e o somatório das respectivas mensalidades recebidas (Ri), no período em análise, conforme apurado na fórmula:

$$ISper = Si/Ri$$

Onde "i" representa o presente Regulamento, na hipótese de conter mais de 29 (vinte e nove) BENEFICIÁRIOS, ou o *Pool* de Risco de Contratos, mencionado no Capítulo "DA FORMAÇÃO E REAJUSTE DO *POOL* DE RISCO", na hipótese de conter menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS.

Art. 142 – Será considerado como período de apuração os 12 (doze) meses do período de análise da sinistralidade.

Art. 143 – 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,

$$FR = ISper / ISmax$$

Art. 144 – ISmax corresponde ao índice de sinistralidade máxima de 100% (cem por cento).

Art. 145 – O reajuste previsto neste item só será aplicado **quando (FR) for maior ou igual a 1.**

CAPÍTULO III – DA FORMAÇÃO E REAJUSTE DO *POOL* DE RISCO

Art. 146 – Caso o presente Regulamento, por ocasião da apuração da quantidade de BENEFICIÁRIOS, possua menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS inscritos, será agrupado com todos os demais Contratos/Regulamentos coletivos com menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS da carteira da UNIMED-RIO, para cálculo de reajuste, formando o denominado *Pool* de Risco.

Art. 147 – Caso este Regulamento componha o denominado *Pool* de Risco, mencionado no artigo anterior, será aplicado o mesmo reajuste a ser aplicado a todos os Contratos/Regulamentos coletivos que formam o agrupamento.

Art. 148 – Para definição da participação deste Regulamento no *Pool* de Risco, será apurada a quantidade de BENEFICIÁRIOS, no último dia do mês de seu aniversário referente ao ano anterior à data de aplicação do reajuste.

Art. 149 – A apuração da quantidade de BENEFICIÁRIOS do Contrato/Regulamento irá considerar todos os produtos a ele vinculados.

Art. 150 – Caso este Regulamento se enquadre no agrupamento de acordo com a quantidade de BENEFICIÁRIOS no período de apuração do reajuste, sofrerá o reajuste único calculado através da formulação constante na Seção I "DO REAJUSTE FINANCEIRO" e na Seção II "DO REAJUSTE TÉCNICO DA SINISTRALIDADE", considerando, contudo, o comportamento das despesas e receitas do agrupamento *Pool* de Riscos, incluindo aí todos os Contratos/Regulamentos coletivos pertencentes ao *Pool* de Risco.

Seção I – DO REAJUSTE FINANCEIRO

Art. 151 – O reajuste financeiro tomará como base a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços de Mercado), divulgado pela Fundação Getulio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo, visando a manter o equilíbrio financeiro deste Regulamento 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 de vigência do plano, sem prejuízo da aplicação do reajuste por sinistralidade.

Art. 152 – Além do reajuste aplicado com base no IGP-M, os preços das mensalidades serão ainda reajustados, observando-se a aplicação da fórmula abaixo a seguir sempre que o resultado da mesma for superior a zero

$$Reajuste = \left[\left(\frac{\text{Custo } \textit{per capita}_{\text{Período i}}}{\text{Custo } \textit{per capita}_{\text{Período i - 1}}} \right) - 1 \right] \text{X } 100\% - (\text{IGP M})$$

Onde:

a) Custo per capita = (total da despesa) / (nº total de clientes);

b) Total de Despesa: é o gasto total da Operadora nos itens de despesas assistenciais e não assistencial expresso em reais;

c) Despesas Assistenciais: são aquelas decorrentes exclusivamente da prestação direta da assistência médica e hospitalar ao BENEFICIÁRIO;

d) Despesa Não Assistencial: valor total com despesas administrativas e outras não relacionadas à prestação da assistência médica e hospitalar direta ao BENEFICIÁRIO;

e) Item de Despesa Assistencial: os itens de despesa serão aqueles definidos pela UNIMED-RIO e abrangerão o total das despesas assistenciais;

f) Nº de clientes: é definido como o BENEFICIÁRIO ativo durante o período de apuração das informações. O somatório dos BENEFICIÁRIOS resulta no nº total de clientes;

g) Período: é o período de análise considerado pela UNIMED-RIO para apuração dos dados, onde "i" denota o período mais recente e "i-1" denota o período, de igual duração, imediatamente anterior ao período "i". O período de análise será anual ou na menor periodicidade que a lei permitir;

Art. 153 – O reajuste financeiro será aplicado anualmente ou na menor periodicidade possível, permitida por lei.

Art. 154 – O valor pago a título de adesão dos BENEFICIÁRIOS será reajustado financeiramente pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar.

Art. 155 – As coberturas opcionais escolhidas serão reajustadas financeiramente pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar, salvo quando apresentarem em suas condições índices de variação específicos.

Seção II – DO REAJUSTE TÉCNICO DA SINISTRALIDADE

Art. 156 – Objetivando a manutenção do equilíbrio técnico-atuarial do Regulamento, anualmente, os preços poderão ser reajustados com base na sinistralidade acumulada.

Art. 157 – Para efeitos do disposto neste item, entende-se por sinistralidade acumulada, o resultado da divisão entre o somatório dos custos dos eventos (atendimentos) ocorridos (Si) e o somatório das respectivas mensalidades recebidas (Ri), no período em análise, conforme apurado na fórmula:

$$ISper = Si/Ri$$

Onde "i" representa o presente Regulamento, na hipótese de conter mais de 29 (vinte e nove) BENEFICIÁRIOS, ou o *Pool* de Risco de Contratos, mencionado no Capítulo "DA FORMAÇÃO DO *POOL* DE RISCO", na hipótese de conter menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS.

Art. 158 – Será considerado como período de apuração os 12 (doze) meses do período de análise da sinistralidade.

Art. 159 – 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,

$$FR = ISper / ISmax$$

Art. 160 – Na hipótese do presente Regulamento participar do ***Pool* de Risco de Contratos mencionado, o ISmax será de 70% (setenta por cento).**

Art. 161 – O reajuste previsto neste item só será aplicado **quando (FR) for maior ou igual a 1.**

TÍTULO XXI – DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 162 – Para efeito deste Regulamento, as faixas etárias são as seguintes

Faixa Etária	Reajuste (%)
00 a 18	-
19 a 23	27,05
24 a 28	24,98
29 a 33	5,22
34 a 38	6,08
39 a 43	14,36
44 a 48	21,03
49 a 53	15,00
54 a 58	39,30
59 ou mais	52,63

Art. 163 – Os percentuais indicados no artigo anterior foram estabelecidos de acordo com as seguintes regras da legislação vigente:

a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária; e

b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Art. 164 – A variação do preço em razão da mudança de faixa etária incidirá no mês subsequente ao do aniversário do BENEFICIÁRIO.

Art. 165 – 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 escolhidas.

TÍTULO XXII - DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

CAPÍTULO I - DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Art. 166 – O BENEFICIÁRIO TITULAR será excluído do plano caso deixe de atender aos requisitos estatutários de ingresso e permanência no quadro de cooperados da UNIMED-RIO.

Parágrafo Único – A permanência do BENEFICIÁRIO TITULAR no plano será estendida, **exclusivamente, no caso de desligamento voluntário para a solicitação do Benefício de Proteção Familiar previsto** na alínea "f" do artigo 6º do Estatuto Social da Cooperativa.

Art. 167 – A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR ocasionará necessariamente a exclusão dos respectivos DEPENDENTES inscritos, exceto:

I – Quando 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.

II – Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, é assegurado somente ao cônjuge ou companheiro(a), desde que devidamente inscrito como BENEFICIÁRIO DEPENDENTE no presente Regulamento, a opção da manutenção da condição de BENEFICIÁRIO, assumindo a titularidade e o pagamento integral dos valores de mensalidades para si e seus DEPENDENTES eventualmente inscritos.

Parágrafo único – Não serão admitidas novas inclusões de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES quando da morte do BENEFICIÁRIO TITULAR prevista no inciso anterior.

Art. 168 – 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) os filhos do BENEFICIÁRIO TITULAR ou do companheiro(a), tutelados e os menores sob guarda por força de decisão judicial, todos quando completarem 35 (trinta e cinco) anos;

d) filhos inválidos, quando cessar a invalidez; e

e) a qualquer momento a pedido do BENEFICIÁRIO TITULAR.

Art. 169 – É obrigação do BENEFICIÁRIO TITULAR, em caso de sua exclusão ou de DEPENDENTE e/ou cancelamento ou rescisão da adesão a este Regulamento, devolver os respectivos Cartões de Identificação ou os Termos de Responsabilidade firmados e quaisquer outros documentos que possibilitem a utilização da assistência prevista neste Regulamento, 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 decorrente.

Art. 170 – Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obtenção de atendimento, mesmo que na forma escolhida, pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou DEPENDENTE, que perder essa condição por exclusão ou término deste Regulamento ou em qualquer hipótese, por terceiros, com ou sem o conhecimento dos mesmos.

Art. 171 – Os BENEFICIÁRIOS TITULARES e DEPENDENTES que perderem a condição de BENEFICIÁRIO deste Regulamento 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 no plano escolhido para adesão para fins de compensação das carências e das coberturas parciais temporárias, desde que o novo produto seja equivalente ao que possuíam.

TÍTULO XXIII - DA EXCLUSÃO/SUSPENSÃO

CAPÍTULO I – DO PEDIDO DE EXCLUSÃO PELA OPERADORA

Art. 172 – A UNIMED-RIO poderá pedir a exclusão dos BENEFICIÁRIOS, mediante denúncia expressa e prévia, se houver atraso no pagamento da mensalidade por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do plano escolhido, sem prejuízo da cobrança posterior dos dias em atraso ou das despesas médicas e hospitalares realizadas e demais coberturas opcionais que tenham sido utilizadas no período de inadimplência e desde que o cancelamento seja precedido de notificação ao BENEFICIÁRIO TITULAR, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

Art. 173 – Excluem-se também os BENEFICIÁRIOS, nos casos de fraude, independente do prazo de vigência e de notificação judicial ou extrajudicial, considerando-se dentre outras, as situações a seguir:

a) qualquer ato ilícito civil ou penal praticado pelos BENEFICIÁRIOS ou pela UNIMED-RIO, em prejuízo das partes;

b) omissão ou distorção de informações que caracterize fraude em prejuízo das partes;

c) a qualquer momento se as partes não cumprirem fielmente seus artigos e condições, **sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.**

CAPÍTULO II – DO PEDIDO DE EXCLUSÃO PELO BENEFICIÁRIO TITULAR

Art. 174 – O BENEFICIÁRIO TITULAR também pode solicitar a sua exclusão e de seus DEPENDENTES mediante comunicação, por escrito, respeitando o prazo previsto no Termo de Adesão.

CAPÍTULO III – DA DEVOLUÇÃO DOS CARTÕES DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 175 – É obrigação do BENEFICIÁRIO TITULAR, no ato da formalização da exclusão do DEPENDENTE e/ou cancelamento ou exclusão do plano, devolver os Cartões de Identificação e quaisquer outros documentos que lhe tenham sido fornecidos e que possibilitem a utilização da assistência constantes deste Regulamento, 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 decorrente.

CAPÍTULO IV – DO PEDIDO DE SUSPENSÃO PELA OPERADORA

Art. 176 – Se houver atraso superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no pagamento das mensalidades nos últimos 12 (doze) meses de vigência deste Regulamento, a UNIMED-RIO poderá suspender todo e qualquer atendimento que esteja sendo obtido até a liquidação do débito, desde que a mesma seja precedida de notificação ao BENEFICIÁRIO TITULAR, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

TÍTULO XXIV - DO ENCERRAMENTO DA OPERAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Art. 177 – A operação do plano de saúde prevista neste Regulamento poderá ser encerrada, a qualquer tempo, após o prazo inicial de vigência, por decisão do Conselho de Administração da Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda.

TÍTULO XXV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES

Art. 178 – Para efeito deste Regulamento e visando a melhor compreensão de seus artigos e condições, bem como a correta utilização da assistência escolhida, devem ser observadas as seguintes definições:

a) Acidente Pessoal é aquele ocorrido de forma imprevista, involuntária, violenta e externa durante a permanência de cada BENEFICIÁRIO no plano de saúde 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) 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;

c) 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;

d) Ano é o período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados do início de vigência da adesão ao Regulamento de cada BENEFICIÁRIO que aderir ao plano;

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

f) 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;

g) Assistência Hospitalar é aquela prestada em ambiente hospitalar, decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exijam a internação do BENEFICIÁRIO;

h) 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;

i) 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;

j) Cartão de Identificação é o cartão individual e intransferível emitido pela UNIMED-RIO, que identifica o BENEFICIÁRIO e torna possível a utilização das coberturas escolhidas;

k) Concepção é a fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

l) Doença Crônica é a que exige tratamento ou acompanhamento médico de forma contínua ou intermitente;

m) Eletivo é o procedimento médico previamente programado, não considerado de Urgência ou Emergência;

n) Inseminação Artificial é uma técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

o) 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;

p) 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);

q) 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;

r) Medicamento Fracionado é o medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA;

s) 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;

t) 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;

u) Termo de Adesão é o documento que, preenchido e assinado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, implica na aceitação plena deste Regulamento enquanto durar a permanência no plano formaliza seu interesse em aderir à assistência objeto deste Regulamento, sendo entregue e protocolado na UNIMED-RIO, fazendo parte integrante do presente instrumento. O Termo de Adesão contém o código do médico cooperado da UNIMED-RIO e dados do BENEFICIÁRIO TITULAR, dados do plano escolhido e seu respectivo preço, dados dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, a Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO, a Declaração de Saúde, informações complementares, Declarações do BENEFICIÁRIO TITULAR, Declaração de Conhecimento e Oferecimento, entre outros, sendo parte integrante deste instrumento;

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

w) 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;

x) Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) 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;

y) Tabela de Referência da Assistência Odontológica da UNIMED-RIO 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 do plano escolhido.

CAPÍTULO II – DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

Art. 179 – Após a adesão dos BENEFICIÁRIOS, a UNIMED-RIO encaminhará ao BENEFICIÁRIO TITULAR os seguintes documentos:

a) os Cartões de Identificação de cada um dos BENEFICIÁRIOS inscritos no plano escolhido, onde estão evidenciados, além do código e nome do BENEFICIÁRIO, o prazo de validade do cartão e o plano escolhido para adesão;

b) o Guia de Leitura do Regulamento (documento equivalente ao Guia de Leitura Contratual – GLC), onde constará, dentre outras informações, os prazos de carência, a vigência deste Regulamento, os critérios de reajuste, a segmentação assistencial e a abrangência geográfica do plano;

c) o Guia Médico, onde consta a relação de médicos cooperados por especialidade, hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros, classificados de acordo com o padrão de rede assistencial; e

d) o Guia Dental, onde consta a relação de odontólogos por especialidade, quando o produto escolhido contemplar segmentação odontológica.

CAPÍTULO III – DA ESCOLHA DO PRODUTO

Art. 180 – O BENEFICIÁRIO TITULAR, a seu exclusivo critério e por ocasião da adesão ao plano, escolherá **apenas um entre os produtos 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 BENEFICIÁRIOS 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.

CAPÍTULO IV – DO PRODUTO

Art. 181 – O produto **Unimed Adesão Cooperado Ômega Platinum Dental** assegura, dentro do território nacional, **assistência ambulatorial** (consultas, exames, tratamentos e procedimentos médicos) **e assistência hospitalar com obstetrícia** (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas), **assistência odontológica, com direito ao reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas pelo sistema de livre-escolha de prestadores,** de acordo com o múltiplo de reembolso do plano escolhido e conforme previsto neste Regulamento e **direito à acomodação em quarto individual, conforme o padrão da rede assistencial Ômega Platinum.**

Seção I – DAS TRANSFERÊNCIAS DE PRODUTOS

Art. 182 – O BENEFICIÁRIO TITULAR poderá optar pela transferência para outro produto ativo perante a ANS, desde que previsto neste Regulamento e indicado no Termo de Adesão, em qualquer época após o início de sua adesão, desde que observadas às seguintes condições:

a) quando a transferência for realizada para produto de mesma cobertura, rede, segmentação e/ou tipo de acomodação, haverá total aproveitamento de carências, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência;

b) quando a transferência implicar mudança de cobertura, rede, segmentação e/ou tipo de acomodação para padrão inferior, os BENEFICIÁRIOS aproveitarão os períodos de carência já cumpridos, sem interrupção do atendimento que estiver sendo prestado;

c) quando a transferência implicar mudança de cobertura, rede, segmentação e/ou tipo de acomodação para padrão superior, os BENEFICIÁRIOS somente cumprirão novos períodos de carência nas entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, com prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias; e

d) a transferência do BENEFICIÁRIO TITULAR acarretará a transferência dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES eventualmente inscritos.

Seção II – DAS DEMAIS CONDIÇÕES

Art. 183 – O BENEFICIÁRIO TITULAR reconhece como dívida líquida e certa, em favor da UNIMED-RIO, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados aos BENEFICIÁRIOS inscritos, durante os períodos de carência e com os atendimentos resultantes da sua inadimplência ou após a exclusão do(s) BENEFICIÁRIO(S) do plano escolhido, independente da data de início do tratamento.

Art. 184 – O BENEFICIÁRIO TITULAR se responsabiliza pela veracidade dos dados informados à UNIMED-RIO e se obriga a comunicar à Operadora suas eventuais alterações.

Art. 185 – A tolerância pela falta de cumprimento de qualquer uma das condições estabelecidas neste Regulamento não implicará perdão, novação, renúncia ou alteração do quanto foi pactuado neste instrumento.

Art. 186 – O BENEFICIÁRIO TITULAR autoriza a UNIMED-RIO a prestar toda e qualquer informação cadastral relativa aos BENEFICIÁRIOS inscritos no plano, que venha ser exigida por Lei e pelos órgãos governamentais fiscalizadores.

Art. 187 – O BENEFICIÁRIO TITULAR obriga-se a dar conhecimento dos artigos e condições, objeto deste instrumento, aos BENEFICIÁRIOS inscritos, aplicando o princípio da informação contido no Código de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078/90, sob pena de responsabilizar-se pelo ônus eventualmente decorrente da desinformação.

Art. 188 – A UNIMED-RIO poderá disponibilizar acessos eletrônicos, tais como site (sítio), e-mail (correio eletrônico), SMS (Serviço de Mensagem Curta), entre outros exemplos, que visem facilitar o relacionamento entre a UNIMED-RIO e o BENEFICIÁRIO e/ou o BENEFICIÁRIO TITULAR, possibilitando a atualização de informações e/ou fornecimento de meios para a regular utilização da assistência médica e hospitalar prevista neste Regulamento, conforme produto escolhido para adesão.

Art. 189 – Os casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes envolvidas e poderão ser objeto de aditivo ao Regulamento, quando couber.

Art. 190 – Integram este instrumento, para todos os fins de direito: o Termo de Adesão da Prestação de Assistência Médica, Hospitalar de Diagnóstico e Terapia e Odontologia; as condições particulares das coberturas opcionais escolhidas; as Declarações de Saúde e as Cartas de Orientação aos BENEFICIÁRIOS; os documentos ou meios próprios de inclusão e exclusão de BENEFICIÁRIOS, e outros aditivos que tenham sido ou venham a ser firmados pelas partes.

Art. 191 – Os artigos e condições deste instrumento encontram-se registrados no Cartório do 3º Ofício de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 1165866.

Art. 192 – A Tabela Unificada de Referência para Reembolso (TRU) encontra-se registrada no Cartório do 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 1027159.

Art. 193 – 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.

TÍTULO XXVI - DA ELEIÇÃO DE FORO

Art. 194 – Fica eleito o foro da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para resolver qualquer demanda oriunda deste Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANS - nº 39.332-1

www.unimedrio.com.br
Av. Armando Lombardi, 400 – Barra da Tijuca
Contact Center: (21) 3861-0000

Unimed Rio