

TRANSPORTE AEROMÉDICO

Unimed
Rio

Quando contratada a cobertura ampliativa de **TRANSPORTE AEROMÉDICO** para os **BENEFICIÁRIOS** indicados pelo(a) **CONTRATANTE** ou **BENEFICIÁRIO TITULAR**, ela será prestada da seguinte forma:

1. DO OBJETO

1.1. As coberturas e os atendimentos atinentes à assistência serão garantidos pela **EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA**, que constará na Proposta Contratual. A **UNIMED-RIO**, na qualidade de **ESTIPULANTE** reserva-se o direito de, a qualquer momento durante a relação contratual e independentemente de qualquer aviso prévio, contratar esta assistência com outra pessoa jurídica, de modo que eventual nova empresa contratada será devidamente e oportunamente informadas ao(à) **CONTRATANTE** ou **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

1.2. O transporte aéreo dentro do território nacional far-se-á quando necessário e desde que para o atendimento sejam preenchidas as condições definidas nas cláusulas a seguir e que haja condições técnicas de decolagem, voo e pouso.

1.3. O transporte aéreo dar-se-á exclusivamente de um estabelecimento médico e hospitalar para outro, credenciado pelo Sistema Unimed, situado a mais de 50 km (cinquenta quilômetros) de distância e em outro município, com condições adequadas ao tratamento do paciente, e desde que declarada a falta de suporte para o tratamento no hospital de origem.

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

1.5. Em casos excepcionais, configurada a impossibilidade de transporte do **BENEFICIÁRIO** por via aérea, é facultado à **UNIMED-RIO** providenciar o transporte deste por meio de ambulância terrestre, conforme indicação e avaliação médica do quadro clínico.

1.6. O hospital que acolherá o paciente transportado deverá ser compatível com a rede credenciada pertencente ao produto em que o **BENEFICIÁRIO** estiver inscrito.

2. DA CONTRATAÇÃO

2.1. A contratação deste produto complementar, doravante denominado **TRANSPORTE AEROMÉDICO**, está condicionada à contratação de um produto de assistência médica da **UNIMED-RIO**.

2.2. O(A) **CONTRATANTE** ou **BENEFICIÁRIO TITULAR** fará a opção por este produto complementar no momento da contratação do produto de assistência médica ou durante a relação contratual.

2.3. Os **BENEFICIÁRIOS** devem ser obrigatoriamente residentes no Brasil e estar devidamente inscritos nesta assistência.

2.4. As inclusões no **TRANSPORTE AEROMÉDICO** compreendem obrigatoriamente o **BENEFICIÁRIO TITULAR** e todos os seus **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** inscritos no plano de saúde.

3. DA COBERTURA

3.1. Para ter direito à requisição do **TRANSPORTE AEROMÉDICO** é necessário que o **BENEFICIÁRIO**, estando em dia com as mensalidades, tenha cumprido a carência prevista no presente instrumento e que possua possibilidade terapêutica, apresentando pelo menos uma das seguintes patologias: traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo; aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva; traumatismo de face, para cirurgia de reconstituição, desde que necessite de cuidados intensivos; traumatismo ocular grave, com possibilidade de perda da visão; traumatismo raquimedular, que necessita cuidados intensivos; embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos; choque cardiogênico, que necessite de internação em UTI com mais recursos; cirurgia cardíaca em caráter de urgência e com necessidade de terapia intensiva; pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos necessários; queimaduras – (elétricas, térmicas e químicas) – com área corpórea afetada maior que 30% que requerem cuidados não disponíveis no local; angina instável que necessite de cuidados intensivos e/ou recursos diagnósticos complementares não disponíveis no local; aneurisma dissecante de aorta que necessite de UTI; hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite UTI e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessário UTI mais adequada; insuficiência respiratória aguda que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico; pancreatite aguda (critério de Ranson); trauma torácico/contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas; asma grave refratária

que necessite de ventilação mecânica; insuficiência renal aguda que necessite hemodiálise; insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas; hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas; estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica; politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais), quando, no local, não haja condições para tal procedimento; fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular; fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local de atendimento, não haja condições técnicas; intoxicações agudas, que necessitem UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica; afogamento, que necessite de assistência ventilatória em UTI; amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitado o período de viabilidade cirúrgica); infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico; picada de animais peçonhentos, com risco de vida, e que sugira UTI; bloqueio átrio ventricular de segundo grau tipo 2; bloqueio átrio ventricular total; hemorragia intracerebral extradurais e subdurais; pneumotórax hipertensivo após drenagem; obstrução intestinal que necessite intervenção cirúrgica; septicemia; coma diabético; cetoacidose diabética; endocardite bacteriana aguda; edema agudo de pulmão refratário e tratamento clínico que necessite tratamento em UTI; e traumatismo de abdômen que necessite de aporte ventilatório em UTI.

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

3.3. Ocorrendo o pedido de remoção de BENEFICIÁRIO portador de moléstia não prevista nos itens anteriores, a possibilidade de liberação da remoção será analisada pela equipe médica da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA DE TRANSPORTE AEROMÉDICO, contratada pela UNIMED-RIO, em comum acordo com o médico auditor designado pela UNIMED-RIO que, caso seja autorizada, dar-se-á em caráter de liberalidade.

3.4. A UNIMED-RIO poderá deixar de promover a remoção nos casos em que, após chegada da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA DE TRANSPORTE AEROMÉDICO, contratada pela UNIMED-RIO, no local onde se encontra o BENEFICIÁRIO, a sua equipe médica constatar que as condições clínicas/cirúrgicas do BENEFICIÁRIO não correspondem às informações anteriormente prestadas, quando da solicitação do transporte aéreo e contatos posteriores, ou que o BENEFICIÁRIO, por quaisquer outras circunstâncias, não apresenta condição para a remoção aérea, ou que há plena condição para o tratamento do BENEFICIÁRIO naquele local.

4. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. A assistência prevista neste instrumento não assegura os atendimentos nos seguintes casos: aqueles sem possibilidade de terapêutica (fase terminal), coma vigil e/ou profundo e a colocação de próteses e órteses durante o transporte.

4.2. A UNIMED-RIO não se responsabiliza por qualquer consequência danosa ao BENEFICIÁRIO removido, decorrente do tratamento, atos e procedimentos médicos ministrados ao mesmo, antes do seu recebimento pela equipe médica da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA DE TRANSPORTE AEROMÉDICO, contratada pela UNIMED-RIO, na origem do transporte e depois da sua entrega pela equipe médica da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA DE TRANSPORTE AEROMÉDICO, no destino escolhido pelos responsáveis e/ou familiares.

5. DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

5.1. A inclusão e a exclusão de BENEFICIÁRIOS serão realizadas mediante solicitação do(a) CONTRATANTE ou BENEFICIÁRIO TITULAR.

5.1.1. As movimentações cadastrais de inclusão e exclusão de BENEFICIÁRIOS deverão ser informadas à UNIMED-RIO até o dia 30 (trinta) de cada mês para que seu processamento na EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA DE TRANSPORTE AEROMÉDICO ocorra no mês subsequente.

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

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

5.4. A assistência prevista neste instrumento será prestada imediatamente após o início de vigência da relação contratual individual de cada **BENEFICIÁRIO** inscrito, **respeitados os períodos de carência, os prazos de inclusão previstos na subcláusula 5.1.1. do presente instrumento e após confirmação de sua inclusão na base cadastral da EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA DE TRANSPORTE AEROMÉDICO.**

6. DO PREÇO

6.1. O valor pago por esta assistência relativo a cada **BENEFICIÁRIO** inscrito constará na Proposta Contratual.

6.2. A forma de pagamento adotada para a assistência médica será a mesma para este produto complementar.

6.3. O valor pago por esta assistência será reajustado anualmente, pelo mesmo índice aplicado ao contrato de assistência médica.

6.4. O atraso nos pagamentos das mensalidades do plano de assistência médica o qual este produto complementar está vinculado implicará a suspensão desta cobertura, até que os referidos pagamentos sejam regularizados.

7. DA VIGÊNCIA

7.1. O TRANSPORTE AEROMÉDICO terá vigência por prazo indeterminado, a contar da sua assinatura e após o início de vigência da relação contratual individual de cada BENEFICIÁRIO inscrito, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso de 30 (trinta) dias de antecedência, ou até que seja extinto o contrato principal; das duas hipóteses, a que primeiro ocorrer.

7.2. A UNIMED-RIO se reserva ao direito de, a qualquer tempo, cancelar a prestação deste serviço mediante prévia comunicação, cessando-se a cobrança dos valores correspondentes.

8. DA CARÊNCIA

8.1. A assistência prevista neste instrumento **terá carência de 30 (trinta) dias, após o início de vigência da relação contratual individual de cada BENEFICIÁRIO incluído nesta assistência.** A inclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** como participante desta assistência acarretará a inclusão de todos os demais **BENEFICIÁRIOS** eventualmente inscritos.

9. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO

9.1. A assistência objeto deste instrumento será requisitada pelo médico-assistente que estiver prestando atendimento ao **BENEFICIÁRIO**, mediante contato com a Central de Atendimento da **UNIMED-RIO**. A pertinência da assistência será avaliada pela **EMPRESA PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA DE TRANSPORTE AEROMÉDICO, contratada pela UNIMED-RIO.**

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

10. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. BENEFICIÁRIO DO SERVIÇO

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

10.1.2. A **UNIMED-RIO** poderá cancelar automaticamente as coberturas previstas neste instrumento independentemente de notificação prévia, sempre que:

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

10.2. VALIDADE TERRITORIAL

10.2.1. Este produto complementar abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do território nacional, mas limitado à abrangência geográfica do produto de assistência médica contratado.

10.3. GRAVAÇÃO E MONITORAMENTO DAS COMUNICAÇÕES

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

10.4. DESCONTINUIDADE DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

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

10.5. DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS DOS BENEFICIÁRIOS

10.5.1. A **UNIMED-RIO** se compromete a tratar os dados pessoais **do(a) CONTRATANTE ou BENEFICIÁRIO TITULAR** em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018, doravante “LGPD”).

10.5.2. Todas as informações relativas à proteção de dados pessoais dos **BENEFICIÁRIOS** encontram-se em <https://www.unimedrio.com.br/politica-de-privacidade>

10.5.3. Esta condição integrará a contratação do plano de Assistência Médica, Hospitalar e Obstétrica, de Diagnóstico e Terapia, para todos os fins de direito, permanecendo inalteradas todas as demais cláusulas e condições não modificadas por este instrumento.

