

ANEXO II
GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

Ref.: Contrato 017-2 0 – Pessoa Jurídica – Administradora de Benefícios



Operadora: Amil Assistência Médica Internacional Ltda.
 CNPJ: 29.309.127/0122-66
 Nº de registro na ANS: 326305
 Site: www.onehealth.com.br
 SAC: 0800-021-3663
 Atendimento ao deficiente auditivo: deficientesauditivos@onehealth.com.br

Guia de Leitura Contratual

Página do
Contrato

<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	9
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	9
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	9
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	9
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	11
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	24
<i>DOENÇAS E LESÕES PREENEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	29

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	27
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	38
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	27
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	56
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	46
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para o oferecimento, opção e gozo, previstas na lei e sua regulamentação.	49

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800-701-9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

<u>CLÁUSULAS</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>PÁGINA</u>
1	► CONCEITOS	1
2	► QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA, CONTRATANTE E SUBCONTRATANTE.....	3
3	► CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
4	► OBJETO, NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....	8
5	► TIPO DE CONTRATAÇÃO	9
6	► SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	9
7	► ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	9
8	► ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	9
9	► PADRÃO DE ACOMODAÇÃO.....	9
10	► ATRIBUTOS DO CONTRATO	10
11	► COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	11
12	► EXCLUSÕES DE COBERTURA	24
13	► DA DURAÇÃO DO CONTRATO	27
14	► PERÍODO DE CARÊNCIA	27
15	► DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	29
16	► ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	31
17	► ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	34
18	► MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	38
19	► FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	45
20	► REAJUSTE ANUAL.....	46
21	► FAIXAS ETÁRIAS.....	48
22	► REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO	49
23	► CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	54
24	► RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	56
25	► DISPOSIÇÕES GERAIS.....	58
	► DO FORO.....	61
	► ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR	63
	► ANEXO II – AMIL RESGATE SAÚDE	99
	► ANEXO III – COACHING EM SAÚDE.....	105

CONCEITOS

Para todos os efeitos do contrato de cobertura de assistência médica e hospitalar pessoa jurídica 017-2 O – ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS deverão ser observados os seguintes conceitos:

- 1) **Área de atuação do produto** – Especificação nominal dos estados ou municípios que integram as áreas geográficas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pela **CONTRATANTE**.
- 2) **Área geográfica de abrangência** – Categorização do tipo de extensão territorial em que o plano de saúde possui cobertura.
- 3) **Beneficiário** – pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e no CONTRATO assinado com a **CONTRATADA** para a garantia da assistência médico-hospitalar.
- 4) **Carência** – período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT), já que eles correm de maneira independente e não podem ser somados.
- 5) **Cobertura** – segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.
- 6) **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** – cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, contados a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, unidade coronariana, unidade intermediária e outros) e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98 e limites, respeitados o Rol e a cláusula de exclusão de procedimentos.

- 7) **Coparticipação** – mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial, a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** após a realização de procedimento, isto é, cujo valor será cobrado posteriormente pela **CONTRATADA**, incluso na cobrança da contraprestação pecuniária.
- 8) **Doença ou lesão preexistente (DLP)** – doença ou lesão da qual o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 9) **Franquia** – mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço.
- 10) **Reembolso** – mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciadas ou referenciadas ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais, de acordo com as regras estabelecidas em contrato.
- 11) **Ressarcimento** – é o pagamento dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica contratada, para as despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência comprovada e na impossibilidade justificada de não utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.
- 12) **Rol** – refere-se ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como às suas diretrizes de utilização, diretrizes clínicas e protocolos de utilização, vigentes à época da contratação e suas atualizações. O Rol, para fins deste contrato, comprehende e limita a cobertura que deve ser garantida pela **CONTRATADA**, de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado.

1

CLÁUSULA PRIMEIRA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA, CONTRATANTE E SUBCONTRATANTE

1.1 – A Amil Assistência Médica Internacional S.A., empresa classificada como medicina de grupo, doravante denominada **CONTRATADA**, e a **CONTRATANTE** encontram-se qualificadas e identificadas, conforme dados constantes no Quadro Resumo, que é parte integrante deste contrato para todos os fins de direito.

1.2 – A **CONTRATANTE** se responsabiliza pelo pagamento das faturas e pelo cumprimento das obrigações estabelecidas no presente instrumento jurídico e seus respectivos aditivos, incluindo a assunção do risco decorrente da inadimplência, ficando investida de todos os poderes de representação, consonante ao disposto na Resolução Normativa 196/09.

1.3 – Será considerada para efeito deste instrumento como “**SUBCONTRATANTE**” a pessoa jurídica qualificada e identificada conforme dados constantes no Termo de inclusão de **SUBCONTRATANTE**, e que mantém, na condição de **BENEFICIÁRIOS**, população que com ela mantém vínculo de caráter empregatício ou estatutário.

1.3.1 – A **SUBCONTRATANTE** deverá contratar a Administradora de Benefícios para acesso ao plano de assistência à saúde coletivo empresarial e ingressará no presente instrumento, através do Termo de inclusão de **SUBCONTRATANTE**.

1.3.2 – O Termo de inclusão de **SUBCONTRATANTE** deverá ser previamente firmado entre **CONTRATANTE** e **SUBCONTRATANTE** e definirá todas as condições da contratação.

1.3.3 – Cada **SUBCONTRATANTE** mediante o Termo de inclusão de **SUBCONTRATANTE** deverá obedecer todas as normas e condições pactuado no presente instrumento jurídico.

2

CLÁUSULA SEGUNDA

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 – A **SUBCONTRATANTE** deve incluir, na data de início da vigência deste contrato, no mínimo, 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS** entre titulares e dependentes, sendo essa quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

2.2 – É **BENEFICIÁRIO** titular a pessoa habilitada como tal no momento da implantação do contrato ou que venha a ser incluída posteriormente, que mantenha relação empregatícia ou estatutária com a **SUBCONTRATANTE** eleita previamente pelas partes e que mantenha com a **CONTRATANTE** um convênio habilitado como tal no Termo de Inclusão de **SUBCONTRATANTE** ou que venha a ser incluído posteriormente e desde que regularmente inscrito(s) e aceito(s) pela **CONTRATADA**, desde que cumpridas as condições de elegibilidade elencadas na Regulação.

2.3 – É **BENEFICIÁRIO** dependente a pessoa vinculada ao **BENEFICIÁRIO** titular, tal como definido na cláusula 2.6.1 deste contrato.

2.4 – No conjunto, tanto os titulares como os dependentes serão denominados simplesmente **BENEFICIÁRIOS**.

2.5 – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos os que forem comprovadamente elegíveis e expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela **CONTRATADA**, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato.

2.6 – Poderão ser incluídas como **BENEFICIÁRIOS** titulares deste contrato as seguintes pessoas físicas que mantenham vínculo com a **SUBCONTRATANTE** devidamente comprovado:

- I – a população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária;
- II – os sócios da pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**;
- III – os administradores da pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**;
- IV – os agentes políticos;
- V – os trabalhadores temporários;

VI – os estagiários e menores aprendizes;

VII – demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados à pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

2.6.1 – Poderão ser incluídos como **BENEFICIÁRIOS** dependentes, com relação ao **BENEFICIÁRIO** titular, apenas no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO** titular, as seguintes pessoas, desde que comprovado o vínculo:

- a) esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes;
- b) filhos(as) solteiros(as) naturais, adotivos, com guarda provisória ou definitiva, enteados e os tutelados na forma da lei, desde que possuam até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- c) filhos(as) inválidos, declarados no Imposto de Renda do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

2.6.2 – Estarão indicados no Quadro Resumo as classes de dependentes que serão incluídas no presente contrato, de acordo com a opção realizada pela **CONTRATANTE**.

2.7 – Em caso de inscrição pelo **BENEFICIÁRIO** de filho(s) natural(is) nascido(s) sob vigência do presente contrato ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

2.7.1 – Para fins de aplicação do item anterior, deve ser realizada a solicitação de inscrição pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** cuja inscrição deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do parto, da guarda provisória ou definitiva ou da sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o consequente acréscimo da contraprestação pecuniária.

2.7.2 – A extinção da adoção confere à **CONTRATADA** o direito de exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano contratado.

2.8 – Com relação aos **BENEFICIÁRIOS**, vigem, ainda, as seguintes disposições:

- a) os dependentes, para serem incluídos e mantidos no contrato, dependerão da participação do **BENEFICIÁRIO** titular no plano de assistência à saúde;
- b) sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE**, pela **SUBCONTRATANTE** e pelos **BENEFICIÁRIOS**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá solicitar à **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, os documentos comprobatórios de vínculo trabalhista, por exemplo: carteira profissional e/ou CAGED; cadastro de inscrição no FGTS; documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes e certidão de sentença de adoção, entre outros, cabendo à **CONTRATANTE**, em 72 (setenta e duas) horas, enviar à **CONTRATADA** os documentos solicitados, sob pena de exclusão contratual do **BENEFICIÁRIO** cuja elegibilidade não foi comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

2.9 – A **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e a classificação dos **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares ou dependentes, bem como a respectiva data de nascimento e o grau de parentesco.

2.9.1 – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIOS** terá valor sem a prévia autorização da **CONTRATANTE**, aprovada pela **CONTRATADA**, que avaliará a aderência às regras de elegibilidade, comprovação de vínculo/parentesco, prazos e períodos para movimentação cadastral definidos no Quadro Resumo.

2.9.2 – A **CONTRATANTE** se obriga a informar à **CONTRATADA** e promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais, no prazo de até 30 (trinta) dias da ocorrência de qualquer alteração na qualificação/condição dos **BENEFICIÁRIOS**, tais como nascimento ou casamento, demissão ou admissão de novo empregado.

2.9.2.1 – No caso de inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares ou dependentes, a cobrança referente a essa inclusão será realizada no sistema de forma pro rata, ou seja, será cobrado, na fatura subsequente, um valor proporcional aos dias de cobertura do mês vigente.

2.9.2.2 – Após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias mencionado na cláusula 2.9.2, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência dispostos na cláusula 13^a e suas subcláusulas.

2.10 – As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão ao previsto neste contrato e, quanto aos prazos, ao período de movimentação cadastral disposto no Quadro Resumo.

2.11 – Não serão permitidas inclusões de **BENEFICIÁRIOS** que não comprovem o vínculo de elegibilidade com a **SUBCONTRATANTE**. Caso ocorra inclusão de **BENEFICIÁRIO** sem comprovação, a **CONTRATADA** se reserva o direito de, a qualquer tempo, excluí-lo, sem prejuízo das perdas e dos danos decorrentes dessa inclusão indevida, bem como das penalidades contratuais cíveis e penais cabíveis.

2.12 – A **CONTRATANTE** se responsabiliza pela solicitação de inclusão e exclusão de **BENEFICIÁRIO**, bem como pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a **CONTRATADA** não poderá proceder à movimentação cadastral.

2.13 – Para fins de movimentação cadastral, esta poderá, ainda, ser feita pelo envio de documentação pertinente à inclusão ou exclusão do **BENEFICIÁRIO**, por funcionário indicado pela **CONTRATANTE**, que se responsabiliza pela informação, bem como pela entrega do respectivo comprovante em papel, layout, arquivo, e-mail ou qualquer outro meio que demonstre a veracidade da solicitação.

2.13.1 – Na hipótese de movimentação cadastral eletrônica, e para esse fim, a **CONTRATADA** disponibilizará à **CONTRATANTE** senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá o acesso a sistema próprio, ficando acertado desde já que a **CONTRATANTE**, por meio do detentor da mencionada senha, se responsabiliza por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

2.13.2 – A **CONTRATADA** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano. A **CONTRATADA** poderá, a seu critério, cobrar pela segunda via dessa documentação.

2.14 – As exclusões cadastrais somente poderão ser requeridas pela **CONTRATANTE**, salvo hipóteses elencadas na cláusula de CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE **BENEFICIÁRIO** e em casos de demissão, falecimento, separação, divórcio e perda das condições de elegibilidade, que implicarão a perda imediata do direito à cobertura do atendimento. O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato será de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE**, ficando a **CONTRATADA** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança a ela dos custos incorridos.

2.14.1 – Quando da exclusão de **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares ou dependentes, também será realizada a cobrança no sistema de maneira pro rata, sendo concedido, na fatura subsequente, um crédito proporcional aos dias de cobertura do mês vigente.

2.15 – No caso de extinção automática do contrato ou no caso de se encontrar o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida nenhuma exclusão ou inclusão, inclusive através do processo de movimentação cadastral eletrônica, que não decorra de nascimento, morte ou admissão até seu efetivo cancelamento.

3

CLÁUSULA TERCEIRA

OBJETO, NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

3.1 – O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos de despesas médicas e hospitalares na rede credenciada da **ONE HEALTH**, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** ou reembolso, quando este for previsto no plano escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** no momento da contratação, nos limites do Rol.

3.2 – A escolha do plano será feita exclusivamente entre os planos oferecidos na tabela de vendas vigente na região de atuação correspondente ao endereço da **CONTRATANTE**, indicados e descritos no Quadro Resumo que acompanha o presente contrato e é sua parte integrante.

3.3 – Este contrato é específico para comercialização dos produtos **ONE HEALTH** das linhas **ONE LINCX** e **ONE BLACK**.

4

CLÁUSULA QUARTA

TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1 – O tipo de contratação deste plano é coletivo empresarial, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada ao **BENEFICIÁRIO** que integre uma população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, definida nos termos das cláusulas 2.2 e 2.6.

5

CLÁUSULA QUINTA

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

5.1 – Vide Quadro Resumo, parte integrante deste contrato.

6

CLÁUSULA SEXTA

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1 – Vide Quadro Resumo, parte integrante deste contrato.

7

CLÁUSULA SÉTIMA

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

7.1 – Vide Quadro Resumo, parte integrante deste contrato.

8

CLÁUSULA OITAVA

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

8.1 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito, em caso de internação hospitalar, à cobertura para acomodação coletiva (enfermaria) ou privativa (quarto ou apartamento), de acordo com os planos contratados, conforme descrito no Quadro Resumo.

8.1.1 – Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, será garantido aos **BENEFICIÁRIOS** o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

8.2 – O **BENEFICIÁRIO** que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do seu plano, à exceção da hipótese prevista na cláusula 8.1.1, se tornará direta e unicamente responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos).

8.2.1 – Os valores da diferença serão acertados diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** com o serviço/hospital e a equipe médica assistente.

9

CLÁUSULA NONA

ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1 – A **CONTRATADA**, operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o § 1º, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços médico-hospitalares previstos no Rol vigente à época do evento para tratamento de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, caso esse se aplique ao plano escolhido, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

9.2 – O presente contrato, regido pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação setorial vigente, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002, reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes. Este contrato é aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 54, do Código de Defesa do Consumidor, e nos artigos 458 a 461, do Código Civil de 2002. Assume o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, seja pela incorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garantí-la ou em razão de o evento não constar do Rol vigente.

10

CLÁUSULA DÉCIMA

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1 – A cobertura se dará nos limites e nas características do plano escolhido de acordo com o Quadro Resumo e limitada às hipóteses e disposições previstas no Rol vigente à época do evento, sendo certo, ainda, que essa cobertura, desde que realizada nos limites do contrato, e será assegurada independentemente do local de origem do evento.

10.1.1 – O **BENEFICIÁRIO** residente no Brasil, com vínculo de caráter empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**, que contratar os produtos **ONE HEALTH** comercializados pela **CONTRATADA** e for cadastrada por esta junto à Central de Assistência terá direito aos serviços de assistência na forma e condições descritas nos Anexos I e II ao presente contrato.

10.1.2 – Para os Planos da linha **ONE HEALTH – ONE LINCX LT3** e **ONE LINCX LT4**, bem como para os planos da linha **ONE HEALTH – ONE BLACK (T2)**, **ONE BLACK (T3)**, **ONE BLACK (T4)** e **ONE BLACK (T5)**, será garantida a cobertura para vacinas, de acordo com o Calendário Oficial do Ministério da Saúde através de reembolso, de acordo com os limites do plano contratado, bem como na rede credenciada.

10.1.2.1 – A cobertura da vacina Pavizumabe (Synagis) será garantida na rede credenciada ou através de reembolso com base no preço de fábrica e limites da tabela Brasíndice, para recém nascidos pré termos extremos, **para os planos da linha ONE BLACK**.

10.1.3 – Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiologista, caso haja indicação clínica. Caso a cobertura ao anestesiologista seja garantida mediante reembolso, o mesmo realizar-se-á nos limites da Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso, de acordo com o plano contratado.

10.1.4 – Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de instrumentador através de reembolso, caso haja indicação clínica.

10.1.5 – A cobertura de coleta domiciliar para realização de exames laboratoriais, para o produto **ONE LINCX LT4** e **todos os produtos da linha ONE BLACK**.

A – Procedimentos ambulatoriais

10.2 – Está compreendida, neste contrato, a cobertura para o atendimento de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e legislação vigente.

10.2.1 – Está excetuada a cobertura da inseminação artificial, conforme disposto na cláusula 11.1.9 deste contrato.

10.3 – Está compreendida, no contrato, a cobertura limitada exclusivamente às coberturas do Rol vigente, dentre elas os seguintes procedimentos considerados especiais:

- I – cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- II – cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- III – cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol, respeitada a causa de exclusão contratual nos termos da cláusula 11.1.13;
- IV – cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Rol;
- V – cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- VI – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

- VII – cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol, para segmentação ambulatorial;
- VIII – cobertura de atendimento caracterizado como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema;
- IX – cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- X – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- XI – cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- XII – cobertura de 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, de acordo com o disposto na cláusula 11.1.15 e respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - a) medicamento genérico – 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 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;

b) medicamento fracionado – aquele fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – Anvisa.

XIII – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol para a segmentação ambulatorial;

a) É garantida a cobertura de radioterapia IMRT na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, em todos os casos oncológicos nos **planos da linha ONE BLACK**.

XIV – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol;

XV – cobertura de hemoterapia ambulatorial;

XVI – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol.

a) É garantida a cobertura para cirurgia Refrativa, independente do grau, na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com o limite do plano contratado, para os planos da linha **ONE BLACK**.

XVII – cobertura para Checkup aos beneficiários maiores de 30 (trinta) anos de idade, em rede credenciada indicada pela **CONTRATADA**, exclusivamente para o **plano One Health Black T5**.

B – Serviços complementares de diagnóstico e tratamento

10.4 – Os **BENEFICIÁRIOS** deste contrato terão direito, nos limites dos planos escolhidos e observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol vigente à época do evento, à cobertura para os custos dos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, observando-se:

10.4.1 – Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número estabelecido no Rol vigente à época do evento.

10.4.2 – Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol vigente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

10.4.3 – Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

10.4.4 – Cobertura de Drenagem Linfática pós-parto, limitada a 3 (três) sessões durante a internação obstétrica, na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK**, desde que haja indicação médica e realizado por fisioterapeuta.

10.4.5 – Cobertura de Laserterapia digital, limitado a 1 (um) procedimento ano contrato para o trato genital feminino na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK**. A cobertura não será elegível para tratamento de flacidez.

10.4.6 – Cobertura para Tomografia 3D, limitado a 1 (um) procedimento ano contrato na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK**.

10.4.7 – Cobertura de Pet Scan, exclusivamente para os casos oncológicos, na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK**.

10.4.8 – Cobertura de Tomografia de Coração para avaliação do escore de cálcio coronariano, limitado a 1 (um) procedimento ano contrato, na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK.**

10.4.9 – Cobertura de Colonoscopia Virtual, limitado a 1 (um) procedimento ano contrato, na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK.**

10.4.10 – Cobertura de Tomografia de Coerência Ótica (OCT), para todas as patologias oftalmológicas, na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK.**

10.4.11 – Cobertura de Fator V de Leiden para todas as patologias, na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK.**

10.4.12 – Cobertura para Pesquisa de Mutação de Protombina para todas as patologias, na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK.**

10.4.13 – Cobertura de Hidroterapia para patologias ortopédicas, na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE HEALTH LINCX e BLACK.**

10.4.14 – Cobertura para Escleroterapia limitada a 12 (doze) sessões ano contrato na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE HEALTH LINCX e BLACK.**

10.4.15 – Cobertura de Lipoproteína A na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK.**

10.4.16 – Cobertura de RPG na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE HEALTH LINCX e BLACK.**

10.4.17 – Cobertura para Mamografia 3D (TC – Tomossíntese digital mamária) limitada a 1 (um) procedimento ano contrato, na rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **para os planos da linha ONE BLACK.**

10.4.18 – Os **BENEFICIÁRIOS** deste contrato terão direito, ainda, à cobertura para os custos dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares.

C – Internações hospitalares

10.5 – A **CONTRATADA** garante ao **BENEFICIÁRIO**, desde que solicitado pelo médico assistente, observadas as demais condições deste contrato, aqui incluída a previsão no Rol, a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

10.5.1 – Internações hospitalares, conforme o padrão de acomodação contratado, sem limites de prazos, valores e quantidades, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, na segmentação que inclui previsão obstétrica, relacionados no Rol.

10.5.2 – Internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA** no prazo de 7 (sete) dias úteis, exceto para cirurgia com materiais especiais, cujo prazo será de até 10 (dez) dias úteis.

10.5.3 – Internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica.

10.5.4 – Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

10.5.5 – 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.

10.6 – Está compreendida, no contrato, a cobertura limitada exclusivamente às coberturas do Rol, entre elas os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol;
- g) embolizações listadas no Rol;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos pelo produto contratado (vide cláusula 10.20.1), exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

10.7 – A cobertura de toda e qualquer taxa relacionada ao procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente – Anvisa).

10.7.1 – A cobertura das despesas através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado para os materiais Robofoot, Meia Antitrombo, Gesso Sintético e Perneira decorrentes de intervenção cirúrgica, inclusive para atendimento em pronto-socorro, **para os planos da linha ONE HEALTH LINCX e BLACK.**

10.7.2 – A cobertura do aparelho THD na cirurgia de hemorroidectomia exclusivamente em rede credenciada, **para os planos da linha ONE BLACK.**

10.8 – A cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, será garantida aos **BENEFICIÁRIOS** sem limitações etárias e inclusive durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

10.8.1 – Entende-se por despesas de acompanhante a mesma acomodação do paciente e alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar.

10.8.2 – A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48h, podendo estender-se por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

10.9 – A cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, constantes do Rol, o 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.

10.10 – Cobertura dos custos de honorários médicos através de utilização de rede credenciada ou através de reembolso, nos limites do plano contratado e de acordo com os termos e as condições previstas no presente contrato.

10.11 – Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.

10.12 – Cobertura para leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.

10.13 – Custeio com alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.

10.14 – Cobertura de cirurgia ortopédica por radiofrequência e vídeo em rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **exclusivamente para os planos da linha ONE BLACK**.

10.15 – Cobertura de cirurgia otorrinolaringológica por radiofrequência e vídeo em rede credenciada ou através de reembolso de acordo com os limites do plano contratado, **exclusivamente para os planos da linha ONE BLACK**.

10.16 – Cobertura de cirurgia robótica exclusivamente em rede credenciada, nos procedimentos urológicos decorrentes de patologias prostáticas, **para os planos da linha ONE BLACK**.

10.17 – Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama em que utiliza todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.

10.18 – A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja em lesão decorrente de enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

10.19 – O **BENEFICIÁRIO** terá o direito à cobertura de próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), exclusivamente utilizados e necessários à realização do ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação, sobretudo o previsto na cláusula 17.3.4 e seguintes.

10.20 – A cobertura dos custos dos transplantes, previstos no Rol, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica divulgada pela **ONE HEALTH** para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá nenhuma cobertura para transplante não previsto no Rol ou realizado fora da rede credenciada específica.

10.20.1 – Estão cobertos neste contrato os transplantes de rins, córnea e medula para os Planos da linha **ONE HEALTH – ONE LINCX LT3** e **ONE LINCX LT4**, de acordo com o Rol de Procedimentos vigente à época do evento. Nos Planos da linha **ONE HEALTH – ONE BLACK (T2), ONE BLACK (T3), ONE BLACK (T4)** e **ONE BLACK (T5)** estão cobertos, além dos transplantes assegurados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento, os transplantes de fígado, pâncreas, coração e pulmão.

10.20.2 – A cobertura de transplantes listados no Rol e dos procedimentos a eles vinculados inclui:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante;
- 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;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

10.20.3 – Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores.

10.21 – Os **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme a 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.

10.22 – Fica assegurada a cobertura para a remoção do **BENEFICIÁRIO**, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista para o produto contratado, desde que comprovadamente necessária para fins médicos e após prévia autorização da **CONTRATADA**. Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para hospital, nem de hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

10.23 – As internações sob o regime de hospital-dia ou de curta permanência dar-se-ão de acordo com a solicitação do médico assistente.

D – Obstetrícia

10.24 – Nos planos com segmentação assistencial Referência ou Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, a **BENEFICIÁRIA**, na forma do presente, terá direito à cobertura da assistência OBSTÉTRICA, nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol, compreendendo essa cobertura o pré-natal, as intercorrências da gravidez, o parto e o puerpério, desde que solicitada pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **CONTRATADA** e respeitando as carências estabelecidas.

10.24.1 – É assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO** titular, ou que detenha guarda provisória ou definitiva, a inclusão como dependente desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou do termo de guarda provisória ou definitiva.

10.24.2 – É assegurada ao recém-nascido, filho natural do titular ou de qualquer outro **BENEFICIÁRIO** do contrato, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, na vigência e de acordo com os termos do contrato.

10.24.3 – Ao recém-nascido inscrito em até 30 dias após o parto serão impostos os seguintes prazos de carência:

a) caso o **BENEFICIÁRIO**, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial;

b) caso o **BENEFICIÁRIO**, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo **BENEFICIÁRIO**.

10.24.4 – Não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição do recém-nascido ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da guarda, tutela ou da adoção.

E – Do tratamento dos transtornos psiquiátricos

10.25 – Estão cobertos pelo presente contrato, nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses contempladas no Rol, os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

Em regime ambulatorial estão cobertos:

10.26 – Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

10.26.1 – Atendimento à psicoterapia, entendido como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitado a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.

10.26.2 – Considera-se para a situação anteriormente descrita a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente, em consonância com as diretrizes de utilização de acordo com o Rol vigente à época do fato.

10.26.3 – Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Em regime hospitalar, estão cobertas:

10.27 – As internações em hospital-dia para transtornos mentais que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato, pelo Rol, sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

10.27.1 – O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação por ano em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica será realizado nos mesmos moldes das demais internações.

10.28 – Após os 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, contínuos ou não, a cada 12 meses de contrato, caberá ao **BENEFICIÁRIO** arcar com coparticipação de 50% (cinquenta por cento) das despesas médico hospitalares, conforme estabelecido na legislação e regulamentação vigentes.

10.29 – A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

10.30 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão cobertos, nos limites do Rol e sem prejuízo das hipóteses de exclusão de cobertura.

11

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1 – Este contrato não prevê a cobertura de custos ou reembolso para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, entre os quais os seguintes:

11.1.1 – Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.

11.1.2 – Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

11.1.3 – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

11.1.4 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

11.1.4.1 – São experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina: os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrado na Anvisa.

11.1.5 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

11.1.6 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como medicamentos, próteses e órteses não nacionalizados ou não reconhecidos pela Anvisa.

11.1.7 – Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.

11.1.8 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos clínicos e cirúrgicos para emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar.

11.1.9 – Inseminação artificial, assim definida como técnica de reprodução assistida, que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafallopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

11.1.10 – Despesas extraordinárias não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, como telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar. Nessas hipóteses, deverá ocorrer pagamento pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao hospital, não sendo passível de reembolso pela **CONTRATADA**.

11.1.11 – Transplantes, exceto os transplantes de rins, córnea e medula para os Planos da linha **ONE HEALTH – ONE LINCX LT3** e **ONE LINCX LT4**, bem como os transplantes de rins, córnea, medula, fígado, pâncreas, coração e pulmão para os planos da linha **ONE HEALTH – ONE BLACK (T2)**, **ONE BLACK (T3)**, **ONE BLACK (T4)** e **ONE BLACK (T5)**, de acordo com o Rol vigente à data do evento.

11.1.12 – Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa.

11.1.13 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), medicamentos estes entendidos como os 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).

11.1.14 – Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS do Ministério da Saúde (Conitec).

11.1.15 – Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa) e os ministrados em regime domiciliar, exclusão esta prevista no artigo 10, VI, da Lei nº 9.656/98.

11.1.16 – Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar.

11.1.17 – Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no Rol vigente à época do evento.

11.1.18 – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol vigente à época do evento.

11.1.19 – Remoção por via aérea, exceto quando nas condições estabelecidas no anexo II do presente instrumento jurídico.

11.1.20 – Todos e quaisquer procedimentos não constantes ou não realizados nos termos do previsto no Rol vigente à época do evento.

12

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

DA DURAÇÃO DO CONTRATO

12.1 – O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses. A data do início da vigência dar-se-á de acordo com o estabelecido no Quadro Resumo.

12.1.1 – O presente contrato, após sua vigência mínima inicial de 12 meses e caso nenhuma das partes se manifeste previamente pela não renovação no prazo estabelecido na cláusula 23.2.1, será renovado automaticamente por tempo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

12.1.2 – As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que, até esse momento, não seja feito pela **CONTRATANTE** nenhum pagamento à operadora.

13

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

PERÍODO DE CARÊNCIA

13.1 – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** e enquanto for mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**. Depois de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência de cumprimento dos prazos de carência.

13.2 – No caso de inclusão após os 30 dias, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a declaração de saúde, informando à **CONTRATADA** a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época do início de vigência do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

13.3 – A observância das carências será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecida no plano contratado, sendo contadas a partir do ingresso do **BENEFICIÁRIO** no contrato de plano de saúde, sendo os seguintes os prazos:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para cobertura, após o início de vigência do contrato, sendo que:
 - a.1) no Plano de Segmentação Referência – a cobertura será integral após esse período, nos termos da legislação vigente;
 - a.2) no Plano de Segmentação Hospitalar sem Obstetrícia – a cobertura será integral após esse período para as urgências decorrentes de acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as 12 (doze) primeiras horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;
 - a.3) no Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia – a cobertura será integral após esse período para as urgências e emergências decorrentes de acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, inclusive para complicações do processo gestacional, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;
 - a.4) no Plano de Segmentação Ambulatorial – a cobertura para urgência e emergência será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.
- b) 30 (trinta) dias para custeio de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para cobertura dos custos de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para o custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos;
- e) 300 (trezentos) dias para a cobertura dos custos de parto a termo.

14

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

14.1 – Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) **BENEFICIÁRIO**(s) ou seu representante legal saiba(am) ser portador(es) ou sofredor(es) no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

14.2 – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** e enquanto for mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de cláusula de agravio ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**. Depois de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária.

14.3 – No caso de inclusão após o 30º dia da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, informando à **CONTRATADA** a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época do início de vigência do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeita a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único do artigo 13, da Lei nº 9.656/98.

14.4 – O **BENEFICIÁRIO** será orientado a preencher a Declaração de Saúde através da Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**, que é parte integrante obrigatória deste contrato e padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

14.5 – O **BENEFICIÁRIO** poderá escolher um médico, para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **ONE HEALTH**, sem nenhum ônus para ele.

14.6 – Caso o **BENEFICIÁRIO** opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

14.7 – A entrevista qualificada não é obrigatória, sendo uma opção dos **BENEFICIÁRIOS**, e se constitui no preenchimento da Declaração de Saúde, elaborada pela **CONTRATADA**, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO TITULAR** em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

14.8 – O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo, no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preeexistentes, às alternativas de cobertura e demais consequências em relação à sua omissão.

14.9 – Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou por meio de declaração do **BENEFICIÁRIO**, a existência de doenças ou lesões preeistentes, e, nessas condições, assinado o contrato, a **CONTRATADA** aplicará a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

14.10 – Caso ocorra urgência ou emergência durante o período de CPT, haverá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato somente para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, independentemente da segmentação do plano, estando, portanto, excluídos, entre outras, a internação e todos os procedimentos do item Conceito, do presente instrumento.

14.11 – A opção da **CONTRATANTE** ou do **BENEFICIÁRIO** pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato e vice-versa.

14.12 – Fica definida a proibição de alegação de omissão de informação de doença ou lesão preeexistente quando for realizado, com vistas à admissão do **BENEFICIÁRIO** no plano de saúde, qualquer tipo de exame ou perícia no **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATADA**.

14.13 – Sendo constatado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de doenças e/ou lesões preeistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, a **CONTRATADA** comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação por meio de Termo de Comunicação, conforme legislação vigente.

14.13.1 – Nesse momento a **CONTRATADA** poderá:

- a) oferecer a Cobertura Parcial Temporária, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência do contrato ou adesão do plano; e/ou
- b) solicitar abertura de processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), visando à rescisão contratual, e/ou responsabilizar o **BENEFICIÁRIO** pela utilização indevida.

14.13.2 – Acolhida a alegação da **CONTRATADA** pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou pelo Judiciário, o **BENEFICIÁRIO** passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas pela **CONTRATADA** com a assistência médica-hospitalar prestada em razão de omissão/fraude (todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir da comunicação citada na cláusula 14.13.

14.13.3 – Até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

15

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

15.1 – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência geográfica estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol, estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência (definidos abaixo), nos termos e limites das cláusulas seguintes:

15.1.1 – Urgência – assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

15.1.2 – Emergência – como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

15.2 – Nos contratos em que os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos, deverão ser observadas as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da regulamentação vigente:

- a) os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato, nos contratos de segmentação hospitalar;
- b) as complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura de 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial;
- c) as emergências terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial;
- d) no Plano Segmentação Referência é garantida a cobertura, ambulatorial e hospitalar, para urgência e/ou emergência após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, somente para os casos em que não forem consideradas doenças e lesões preexistentes.

15.3 – Nos contratos que envolvam Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para os planos ambulatoriais, ou seja, estará limitada às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

15.3.1 – Caso seja necessário, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, a realização de procedimento exclusivo da cobertura hospitalar cessará, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, passando a responsabilidade financeira da internação a ser do **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável legal, não cabendo nenhum ônus à **CONTRATADA**.

15.4 – Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o **BENEFICIÁRIO** deverá ser removido, por via terrestre, às expensas da **CONTRATADA**, para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, desde que comprovadamente necessária a remoção e após prévia autorização da **CONTRATADA**, respeitada a previsão disposta na cláusula 15.10.

Remoção

15.5 – Haverá garantia de cobertura para remoção terrestre, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para a continuidade de atenção ao paciente.

15.6 – Nos termos das cláusulas 15.3 e 15.4 e suas subcláusulas, haverá garantia de cobertura para remoção terrestre para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, limitada até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento, quando caracterizada, pelo médico assistente, nos seguintes casos:

- a) o **BENEFICIÁRIO** estar cumprindo período de carência para internação;
- b) em que houver Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

15.7 – Se não for possível a remoção, em face de risco iminente de morte do paciente, e não havendo cobertura contratual para o evento, o custeio será de exclusiva responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, da **CONTRATANTE** ou de terceiro(s) responsável(is) perante o serviço prestador, pelo que deverão ajustar a obrigação financeira dos procedimentos, estando a **CONTRATADA** isenta desses ônus e coberturas.

15.8 – Fica ainda certo que não haverá cobertura de custos para a remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

15.9 – Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar cobertura em ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.

15.10 – Quando o **BENEFICIÁRIO** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela estipulada, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica (ônus decorrentes da internação) e do ônus financeiro da remoção.

Ressarcimento

15.11 – O ressarcimento dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica contratada, para as despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** com assistência à saúde em casos de urgência ou emergência será efetuado de acordo com a Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso, pagável nos prazos descritos na cláusula 16.10 deste contrato, contados da data do recebimento dos documentos originais, conforme documentos especificados na cláusula 16.5, bem como nos termos da cláusula 16.8 deste contrato.

15.12 – Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à **CONTRATADA** (diretamente ou em um endereço local indicado pela **CONTRATADA**) no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar. O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito de ressarcimento.

15.13 – Só serão ressarcidas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

16

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

16.1 – Nos planos **ONE HEALTH** que possuem opção de reembolso, o cálculo do montante devido na utilização de livre escolha é feito em função dos multiplicadores definidos no plano escolhido, conforme discriminado na tabela constante do Quadro Resumo.

16.2 – Nos planos que possuem opção de reembolso, o **BENEFICIÁRIO** poderá, em consonância com o plano escolhido, utilizar os serviços médicos auxiliares de diagnóstico e tratamento de sua livre escolha e também os integrantes da rede credenciada do plano escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

16.3 – Fica certo que, para os serviços integrantes da rede credenciada do plano escolhido, a **CONTRATADA** pagará os serviços diretamente ao prestador por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, nos limites e nas condições do plano escolhido, não sendo cabível, nessa hipótese, qualquer pedido de reembolso.

16.4 – O reembolso dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado será efetuado nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica contratada, e seu cálculo é feito em função de multiplicadores definidos no plano escolhido, que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso vigente no momento da contratação e suas atualizações.

16.4.1 – Essa tabela e a rede credenciada específica de cada plano da **ONE HEALTH** estão à disposição no site www.onehealth.com.br e na sede da **CONTRATADA** para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**. Neles constam a lista de todos os prestadores de serviços aos quais o **BENEFICIÁRIO** poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas, bem como os quantitativos em URA (Unidade de Reembolso da AMIL) reembolsáveis. Eventuais dúvidas acerca dessa tabela poderão ser sanadas através da Central de Relacionamento **ONE HEALTH**.

16.4.1.1 – A Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso que rege os múltiplos de reembolso encontra-se registrada no 2º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Capital – São Paulo.

16.4.2 – O valor de reembolso é obtido através da seguinte fórmula: fator multiplicador de reembolso X quantitativo em URAs (Unidade de Reembolso AMIL, expressa na Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso) X valoração da URA (Unidade de Reembolso AMIL).

16.4.2.1 – Unidade de Reembolso AMIL (URA) – é o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do plano de saúde. Os valores de partida da URA estão dispostos no Quadro Resumo e seus valores vigentes estarão disponíveis no site www.onehealth.com.br, na “área logada do cliente”, ora **BENEFICIÁRIO**.

16.4.2.2 – O valor da URA de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede credenciada.

16.4.2.3 – O reajuste do valor da URA será de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado).

16.5 – Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à **CONTRATADA** (diretamente ou em um endereço local indicado pela **CONTRATADA**) no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar, conforme descrição abaixo:

- a) **Consulta** – recibos ou nota fiscal válidos como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento; não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento;
- b) **Atendimento de pronto-socorro hospitalar** – nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;
- c) **Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento** – recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data de realização do evento;
- d) **Honorários médicos durante a internação** – recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal) contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível e data da realização do evento.

e) **Despesas com internação** – nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s), declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CNPJ, CNES, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

16.5.1 – O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito de reembolso.

16.5.2 – O reembolso será pago ao **BENEFICIÁRIO** solicitante em até 7 (sete) dias úteis da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

16.5.3 – Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

16.5.4 – Para o reembolso encaminhado eletronicamente, o **BENEFICIÁRIO** será fiel depositário sempre que solicitada a apresentação pela Receita federal da documentação completa e original. O prazo que o **BENEFICIÁRIO** fica obrigado à apresentar esta documentação é de 05 (cinco) anos.

16.6 – O reembolso das despesas com custos hospitalares de internação está previsto neste contrato sendo que o valor da conta apresentada para reembolso será submetido à auditoria médica/técnica, podendo ser excluídas todas as despesas extraordinárias à internação, tais como o uso de telefone no quarto, consumo de frigobar, aluguel de filmes e toda e qualquer outra despesa definida como extraordinária pelo hospital.

16.7 – A **CONTRATADA** se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

16.8 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, no caso de dúvida, a **CONTRATADA** poderá solicitar do **BENEFICIÁRIO** documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser resarcido.

16.8.1 – Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO** titular, respeitado os prazos dispostos na cláusula 16.10, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

16.9 – O reembolso será pago ao **BENEFICIÁRIO** titular, ou **BENEFICIÁRIO** dependente, maior de 18 (dezoito) anos, devidamente indicado pelo **BENEFICIÁRIO** titular sendo indispensável à indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

16.10 – Para opção do pagamento de reembolso através de crédito em conta-corrente do **BENEFICIÁRIO**, caso não haja impedimento contratual, os prazos para o reembolso, contados da data da entrega da documentação completa na sede da **CONTRATADA**, serão:

- a) Consultas médicas 24 (vinte e quatro) horas úteis.
- b) Exames e terapias 24 (vinte e quatro) horas úteis.
- c) Honorários médicos 7 (sete) dias úteis.
- d) Despesas hospitalares 7 (sete) dias úteis.

17

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1 – A **CONTRATADA** fornecerá para cada **BENEFICIÁRIO** um cartão de identificação que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado do documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

17.1.1 – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via da documentação acima.

17.2 – Mecanismos de regulação – consultas, exames e internação.

17.2.1 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **CONTRATADA**, cartão de identificação fornecido pela **CONTRATADA** (em meio físico ou digital), documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil), além da guia de procedimento (exame e/ou internação) devidamente autorizada pela **CONTRATADA**. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do beneficiário será realizada a validação biométrica (facial, digital, etc).

17.2.2 – A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO** e de acordo com a agenda do médico, escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**, nos limites do produto contratado.

17.2.3 – Para aplicação e cobertura deste contrato, as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

- a) consultas em consultório médico;
- b) consultas em clínica ou centro médico;
- c) consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

17.2.4 – Para os exames e procedimentos que necessitam de autorização prévia (conforme tabela disponibilizada no site www.onehealth.com.br ou através do teleatendimento), quando o pedido médico for emitido por profissional integrante da rede de prestadores da **CONTRATADA**, este deverá realizar a NOTIFICAÇÃO no site da **CONTRATADA**. Se o pedido médico for emitido por prestador não integrante da rede de prestadores credenciados, o **BENEFICIÁRIO** deverá realizar a NOTIFICAÇÃO em um dos diversos canais de atendimento disponibilizados pela **CONTRATADA** para este fim: site da **CONTRATADA**, Central de Relacionamento **ONE HEALTH**, Agências de atendimento ou outro meio definido pela **CONTRATADA** que será comunicado através do endereço eletrônico www.onehealth.com.br. Caso o **BENEFICIÁRIO** não realize a NOTIFICAÇÃO, o Prestador Solicitante deverá promover, de forma subsidiária, o registro desta.

17.3 – Mecanismos de regulação das internações hospitalares e dos procedimentos realizados sob internação.

17.3.1 – A **CONTRATADA** cobrirá os custos médico-hospitalares através de reembolso de acordo com os termos do contrato ou através de pagamento direto ao prestador caso seja pertencente à Rede Credenciada **ONE LINCX** ou à Rede Credenciada **ONE BLACK**.

17.3.2 – Todas as solicitações de internação eletiva e de exames que necessitem da autorização da **CONTRATADA** deverão ser feitas em formulário específico, oferecido pela **CONTRATADA**, ou, quando não credenciado, em receituário com dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e sua indicação clínica.

17.3.3 – A cobertura de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada para a realização de transplante de órgãos, nos termos do previsto na cláusula 10.20 e suas subcláusulas.

17.3.4 – Para fins da cobertura de próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, deve ser observado:

I. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas pela Anvisa, que atendam às características especificadas;

II. em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA**. Caso não seja possível comum acordo entre as partes, aplicar-se-á o critério descrito na cláusula 17.6.2.

17.3.5 – Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para a liberação da Guia de Cobertura de Internação Eletiva, a **CONTRATADA** poderá solicitar à **CONTRATANTE** ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

17.3.6 – O prazo de cobertura da internação, concedido inicialmente, fixado pela **CONTRATADA**, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

17.3.6.1 – Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar à **CONTRATADA** as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura.

17.3.6.2 – Caso o **BENEFICIÁRIO** continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

17.3.7 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **CONTRATADA**, o cartão de identificação, fornecido por esta, ou identificação biométrica, além do documento de identidade do **BENEFICIÁRIO** paciente e a guia de procedimento previamente emitida pela **CONTRATADA**.

17.3.8 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, nos termos da RN 259/11 ou da norma que eventualmente a substitua.

17.3.9 – Em caso de internação hospitalar em prestador credenciado, exceto para os casos caracterizados como de urgência e emergência, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no item anterior, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pela **CONTRATADA**.

17.3.10 – Quando da necessidade de utilização de serviços para a cobertura para os quais a **CONTRATADA** não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência relacionados na rede credenciada específica de cada plano contratado, o **BENEFICIÁRIO** poderá optar pela prática de reembolso nos limites do plano contratado e nos termos da Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso. Neste caso, a **CONTRATADA** indicará outros credenciados em localidade mais próxima possível.

17.3.11 – A **CONTRATADA** colocará à disposição dos **BENEFICIÁRIOS** do plano de assistência médica-hospitalar a que alude este contrato, para a cobertura de assistência ora contratada, a listagem de hospitais e respectivos profissionais da área da saúde constantes da rede credenciada específica de cada plano contratado, que é parte integrante deste contrato para todos os efeitos legais, prestando os respectivos serviços através de meios contratados, mediante credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados para tanto.

17.3.12 – Estará disponível no site www.onehealth.com.br, para consulta do **BENEFICIÁRIO**, a rede de atendimento contratada. Esta poderá ser disponibilizada em material impresso quando solicitado pelo **BENEFICIÁRIO**.

17.4 – Mecanismos de regulação – gerenciamento de ações de saúde.

17.4.1 – Nos planos **ONE HEALTH**, os procedimentos relacionados a seguir somente terão cobertura exclusivamente na rede credenciada específica e selecionada para tal, não cabendo, portanto, o direito a reembolso: Transplantes de órgãos cobertos, quais sejam, rins, córnea e medula para os Planos da linha **ONE HEALTH – ONE LINCX LT3 e ONE LINCX LT4**, bem como transplantes de rins, córneas, medula, fígado, pâncreas, coração e pulmão para os Planos da linha **ONE HEALTH – ONE BLACK (T2), ONE BLACK (T3), ONE BLACK (T4) e ONE BLACK (T5)**, de acordo com o Rol de Procedimentos e suas Diretrizes editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

17.5 – Mecanismos de regulação – alterações na rede credenciada.

17.5.1 – A **CONTRATADA** poderá proceder à alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. Dúvidas com relação à rede credenciada podem ser sanadas através da Central de Relacionamento **ONE HEALTH** ou pelo site www.onehealth.com.br.

17.5.2 – Quando houver alteração na rede hospitalar, a **CONTRATADA** observará o disposto na lei e regulamentação própria vigente e informará previamente à **CONTRATANTE** nos casos de substituição de rede hospitalar.

17.5.3 – A **CONTRATADA** poderá, também, obtendo autorização da ANS, redimensionar a sua rede hospitalar mediante a redução da quantidade de hospitais credenciados nela referenciada.

17.5.4 – Se ocorrer descredenciamento, os **BENEFICIÁRIOS** terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da Rede Credenciada da **ONE HEALTH** e de acordo com o plano contratado pela **CONTRATANTE**, sem que a **CONTRATADA** tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição de cobertura havida.

17.5.5 – Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos **BENEFICIÁRIOS** regularmente inscritos no presente contrato, eles permanecerão internados até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até a alta hospitalar correrão por conta da **CONTRATADA**.

17.5.6 – Quando da substituição/exclusão de estabelecimento hospitalar ficarão garantidos a permanência do **BENEFICIÁRIO** e o pagamento das despesas até a alta hospitalar quando essa substituição/exclusão ocorrer durante o período de sua internação. Se a rescisão decorrer de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, no período de internação do **BENEFICIÁRIO**, ficará garantida a sua imediata remoção para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto na lei e regulamentação própria vigente.

17.6 – Mecanismos de regulação – divergência médica.

17.6.1 – As divergências de natureza médica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidas por junta médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

17.6.2 – Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da **CONTRATADA**.

17.6.3 – Cada uma das partes pagará os honorários e as despesas do médico que nomear, quando não credenciado, sendo que os do terceiro, desempatador, serão pagos pela **CONTRATADA**, conforme previsto na legislação vigente.

17.7 – Mecanismos de regulação – coparticipação e franquia.

17.7.1 – Apenas será efetuada a cobrança de coparticipação ou franquia nos planos optados pela **CONTRATANTE** e indicados no Quadro Resumo que possuam tal característica.

17.7.2 – O percentual de coparticipação referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula 10.28 deste contrato.

17.7.3 – Os valores de coparticipação e franquias seguirão o disposto no Quadro Resumo.

17.7.3.1 – Para a determinação do valor de coparticipação, quando esta for cobrada em percentuais, deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo: percentual indicado na tabela de coparticipação x valor unitário do procedimento custeado pela **CONTRATADA**, e que pode variar em função do prestador escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

17.7.3.2 – O valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por ITEM, conforme definido no Quadro Resumo.

17.7.3.3 – O valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por MÊS, conforme definido no Quadro Resumo, não sendo cumulativo ao mês subsequente.

17.7.3.4 – A atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇAS por ITEM e por MÊS ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema. Ressalta-se que o percentual para atualização do LIMITE MAXIMO DE COBRANÇA poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento.

17.7.3.5 – A atualização dos valores fixos cobrados de coparticipação para INTERNAÇÃO ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

18.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, com fundamento nas declarações da **CONTRATANTE**, bem como nas demais informações constantes do Estudo de Cobertura de Risco (ECR) vinculado ao perfil populacional apresentado pela **CONTRATANTE**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária efetuado pela **CONTRATANTE** antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

18.2 – O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste contrato, é de responsabilidade da **CONTRATANTE**, e esta se obriga a pagar à **CONTRATADA**, e será devida por si, pertinente a toda a população incluída e aceita na movimentação cadastral, sendo certo que o valor estipulado, na data de celebração do contrato, corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** indicados no Estudo de Cobertura de Risco, anexo ao presente contrato, respeitadas as faixas etárias dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos.

18.2.1 – O objeto do presente contrato poderá ser executado por qualquer estabelecimento da **CONTRATADA** e o valor da contraprestação pecuniária mensal poderá ser pago pela **CONTRATANTE** ao respectivo estabelecimento.

18.2.2 – Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

18.2.3 – Caso a **CONTRATANTE** não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA**.

18.2.4 – O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

18.2.5 – Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data do início de vigência do contrato ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário.

18.2.6 – O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

18.2.7 – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela **CONTRATANTE** ou pelos **BENEFICIÁRIOS** definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da sua atualização monetária.

18.2.8 – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

18.2.9 – É obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano escolhido e conforme o previsto no contrato.

18.2.10 – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.

18.2.11 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por instituição financeira.

19

CLÁUSULA DÉCIMA NONA

REAJUSTE ANUAL

19.1 – Reajuste anual – a contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, independentemente da data de inclusão dos **BENEFICIÁRIOS**, no aniversário do contrato.

19.1.1 – Será considerado como data-base de aniversário do contrato o mês de início de sua vigência, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.

19.1.2 – Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

19.1.3 – Além do referido reajuste anual, haverá atualização do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, nos termos da cláusula 20.1 do presente contrato.

19.2 – O reajuste anual será composto pelo índice financeiro descrito na cláusula 19.3 e, caso os custos médicos ultrapassem 70% da receita (índice de sinistralidade do contrato), será incorporado o índice técnico, com o objetivo de equilibrar a relação contratual, conforme descrito na cláusula 19.4.

19.3 – O índice financeiro será a variação dos custos médicos e hospitalares (VCMH) de planos coletivos empresariais com no mínimo 100 (cem) **BENEFICIÁRIOS** levando em consideração sua carteira de clientes. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no Rol.

19.4 – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do índice técnico, este será calculado com base no nível de sinistralidade do contrato, que corresponde à proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do contrato, apuradas conforme descrito no item 19.4.1 a seguir.

19.4.1 – O índice técnico da primeira reavaliação será apurado expurgando as despesas assistenciais e receitas diretas dos dois primeiros meses. Nas reavaliações subsequentes, o índice técnico será apurado considerando os 12 meses seguintes ao último período avaliado. As negociações serão iniciadas com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário.

19.5 – As disposições aqui referenciadas não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária, que seguirá o disposto na cláusula contratual que prevê esse reajuste.

19.6 – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos das subcláusulas 17.7.3.4 e 17.7.3.5.

20

CLÁUSULA VIGÉSIMA

FAIXAS ETÁRIAS

20.1 – Havendo a previsão de reajuste por alteração de faixa etária de qualquer **BENEFICIÁRIO** inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições:

- I. o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	25% ao completar 19 anos
24 a 28 anos	25% ao completar 24 anos
29 a 33 anos	10% ao completar 29 anos
34 a 38 anos	5% ao completar 34 anos
39 a 43 anos	10% ao completar 39 anos
44 a 48 anos	25% ao completar 44 anos
49 a 53 anos	10% ao completar 49 anos
54 a 58 anos	25% ao completar 54 anos
59 ou mais	75% ao completar 59 anos

21

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

Demitido

21.1 – Desde que tenha ocorrido a opção pelo **BENEFICIÁRIO titular** pela manutenção do plano de saúde e havendo comprovação de que ele contribuiu para o plano contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, terá o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** e de seus dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

21.2 – O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** será de um terço do tempo que tenha contribuído para o plano, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses. O direito de manutenção extinguir-se-á nas hipóteses previstas na cláusula 21.25.

Aposentado

21.3 – Desde que tenha ocorrido a opção pelo **BENEFICIÁRIO titular** pela manutenção do plano de saúde e havendo comprovação de que ele contribuiu para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência de seu vínculo empregatício, ao se aposentar, terá o direito de permanência na qualidade de **BENEFICIÁRIO** e dos seus dependentes inscritos, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

21.4 – Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como **BENEFICIÁRIO**, à razão de um ano para cada ano de contribuição. O direito de manutenção extinguir-se-á nas hipóteses previstas na cláusula 21.25.

Obrigações da CONTRATANTE

21.5 – Quando da manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado na condição de **BENEFICIÁRIO**, a **CONTRATANTE** irá inseri-lo em plano, conforme opção realizada em termo próprio quando da contratação, de acordo com a legislação vigente.

21.6 – A **CONTRATANTE** e **SUBCONTRATANTE** obrigam-se ainda a apresentar aos **BENEFICIÁRIOS**, a qualquer tempo e quando da opção pela manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, a tabela de preços por faixa etária que será adotada, com suas devidas atualizações, fornecida pela operadora.

21.7 – As regras para o estabelecimento de preços por faixa etária atualizada – valor correspondente ao preço do **BENEFICIÁRIO** por faixa etária – serão disponibilizadas pela operadora em consonância com a legislação vigente.

21.8 – A fim de que os seus aposentados e demitidos sem justa causa possam ser mantidos como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato conforme preceitua a legislação em vigor, devem ser observadas as condições estabelecidas nas cláusulas a seguir.

Contribuição/participação financeira

21.9 – Não se caracterizam como participação financeira os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto deste contrato.

21.10 – Para fins de apuração dessa contribuição, também se considera como tal o pagamento de valor fixo assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecida pelo empregador, em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

21.11 – O **BENEFICIÁRIO titular** que não tenha participado financeiramente do plano, durante o período que manteve o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

21.12 – Ainda que no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria o ex-empregado demitido, exonerado sem justa causa ou aposentado não esteja realizando o pagamento de contribuição, são assegurados a ele os direitos previstos nos artigos 30 e 31, na proporção de sua efetiva contribuição.

Extensão ao grupo familiar

21.13 – O direito de manter a condição de **BENEFICIÁRIO** estende-se a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, não impedindo, contudo, que seja mantido individualmente ou apenas parte de seu grupo familiar.

21.14 – Em caso de morte do titular, caso o contrato coletivo empresarial ao qual o **BENEFICIÁRIO** está vinculado esteja vigente, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

Caracterização das condições de elegibilidade para fins da concessão do benefício previsto neste contrato.

21.15 – A **CONTRATANTE** e **SUBCONTRATANTE** obrigam-se a declarar e comprovar expressamente, por ocasião da dispensa ou da aposentadoria, contribuição/participação financeira dos seus aposentados e demitidos sem justa causa, total ou parcial, no valor da mensalidade do plano de saúde.

21.16 – A **CONTRATANTE** e **SUBCONTRATANTE** obrigam-se a dar comprovadamente ciência aos seus empregados aposentados e demitidos sem justa causa sobre a existência do direito que permite que eles permaneçam como usuários da **CONTRATADA**, nas condições previstas nesta cláusula, enquanto for vigente o contrato, observadas as condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica.

21.17 – A **CONTRATANTE** entregará à **CONTRATADA** cópia da manifestação expressa firmada pelo empregado aposentado ou demitido sem justa causa (declaração de oferecimento dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998), no sentido de que ele aceitou ou refutou a manutenção da condição de usuário do plano. O direito de opção de manutenção do plano de saúde deverá ser exercido obrigatoriamente dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da manifestação de ciência citada no item anterior.

Manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO**

21.18 – As mensalidades correspondentes, assim como os valores relativos à coparticipação, quando contratada, serão pagas diretamente pelos usuários titulares, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, sempre até o vencimento e nos locais indicados pela **CONTRATADA**, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

21.19 – A manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho.

21.20 – O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

21.21 – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações.

21.22 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa **CONTRATANTE** e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO**, na condição de aposentado.

21.23 – Estarão excluídos do contrato o **BENEFICIÁRIO titular** e seus respectivos dependentes que estejam em gozo desse benefício se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso ou a critério da **CONTRATADA** das despesas porventura realizadas no período de inadimplência.

Portabilidade especial

21.24 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIOS** garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual, familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, na forma e especificidades previstas na Resolução nº 279 da ANS.

Extinção do direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998

21.25 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado terá seu direito de manutenção extinto na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

- I – pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 279;
- II – pela admissão do **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou
- III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede esse benefício a seus empregados ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, ou seja, pela rescisão do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

Comunicação de exclusão do BENEFICIÁRIO

21.26 – A **CONTRATANTE** obriga-se a informar à operadora para efetiva exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência à saúde, com sua comprovação, os seguintes dados:

- I – se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa nº 279;
- III – se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- IV – por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- V – se o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optou pela sua manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

21.27 – A **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar à operadora, a qualquer tempo e assim que solicitada, os documentos originais comprobatórios referentes às informações prestadas.

21.28 – A exclusão do **BENEFICIÁRIO** apenas será aceita pela operadora mediante a comprovação de comunicação inequívoca da opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

21.29 – Enquanto a documentação de comprovação não for entregue à operadora, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo **BENEFICIÁRIO** até que a entrega se concretize.

22

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

22.1 – A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**, no período da movimentação cadastral, conforme descrito no Quadro Resumo.

22.2 – A **CONTRATANTE** obriga-se a proceder à devolução do cartão de identificação destinado ao uso do sistema, pertencente ao(s) **BENEFICIÁRIO**(s) excluído(s).

22.3 – A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência à saúde do **BENEFICIÁRIO titular** e/ou seus dependentes, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuênciia da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

- a) prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, quaisquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta contratual para contratação coletiva;
- b) prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, mediante procedimento administrativo específico;
- c) fornecimento pela **CONTRATANTE** de informações incompletas e/ou inverídicas ou omissão de informações a respeito da população incluída no presente contrato;

- d) prática de infrações pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE**, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem;
- e) perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO titular** com a pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**;
- f) perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** dependente.

22.4 – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

22.5 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o **BENEFICIÁRIO titular** e seus dependentes perderão quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

22.6 – A **CONTRATANTE** deverá comunicar aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano da **ONE HEALTH** a extinção do contrato, informando-os, ainda, caso não haja continuidade do benefício com outra operadora de planos de saúde, sobre o direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO** e que a **CONTRATANTE** esteja em dia com o pagamento de suas faturas mensais.

Exclusão a pedido do BENEFICIÁRIO titular

22.7 – O **BENEFICIÁRIO titular** poderá, a qualquer tempo, solicitar sua exclusão (cancelamento) do Contrato, ou de seus dependentes, nos termos do disposto nesta Cláusula, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** no Contrato.

22.7.1 – O pedido de exclusão (cancelamento) deverá ser apresentado perante a **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento por meio do sítio eletrônico da **CONTRATADA** (www.onehealth.com.br), em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido. Esse processamento terá efeito imediato, considerando-se esse o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**, para todos os efeitos.

22.7.2 – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido, poderá o **BENEFICIÁRIO titular** apresentar novo pedido, desta vez diretamente à **CONTRATADA**.

23

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA

RESCISÃO/SUSPENSÃO

Suspensão do contrato

23.1 – A **CONTRATANTE** em atraso de pagamento superior a 10 (dez) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias fica com o direito a cobertura, reembolso e demais benefícios contratuais suspensos, para todos os **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato.

Rescisão

23.2 – Para fins de rescisão do contrato, fica certo entre as partes que:

23.2.1 – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

23.2.2 – O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela **CONTRATADA** caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência dele ou no caso de fraude.

23.2.3 – O contrato estará automaticamente extinto se o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos em cada **SUBCONTRATANTE** se tornar inferior a 2 (dois), ainda que não completos 12 (doze) meses de vigência, sendo facultada aos **BENEFICIÁRIOS** a transferência para um produto individual, nas bases e condições próprias do produto em comercialização na época, inclusive com relação a preço.

23.2.4 – Poderá a **CONTRATADA** extinguir o contrato, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE** e/ou **SUBCONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias ou para os **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

23.2.5 – Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade da **CONTRATADA** buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

23.2.6 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude na Declaração de Saúde, o **BENEFICIÁRIO** e seus dependentes perderão quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato.

23.2.6.1 – Para fins do exposto acima, a omissão de informação na Declaração de Saúde deverá ser comprovada pela ANS mediante processo administrativo próprio.

23.2.7 – No caso de extinção por fraude na Declaração de Saúde, ficam os **BENEFICIÁRIOS** ainda solidariamente responsáveis com a **CONTRATANTE** por ressarcir a **CONTRATADA** das coberturas indevidas.

23.3 – Caso a **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à **CONTRATADA** no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, aqui incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos; sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **CONTRATADA**, mediante prévio aviso à **CONTRATANTE**.

DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 – Fazem parte do presente contrato seus anexos e regulamentos, bem como o Quadro Resumo, o Estudo de Cobertura de Risco, a rede credenciada da **ONE HEALTH** definida pelo tipo de plano contratado, a declaração de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), previamente entregues à **CONTRATANTE**, a carta de orientação ao **BENEFICIÁRIO**, os recibos de pagamento e o Rol.

24.1.1 – O Rol tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site www.onehealth.com.br.

24.1.2 – Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** entregar ao **BENEFICIÁRIO titular**, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

24.1.3 – Será de responsabilidade da **CONTRATADA** o envio ao **BENEFICIÁRIO titular** do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

24.1.4 – Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA** oferecer, sempre que solicitado pelo **BENEFICIÁRIO titular** e desde que disponibilizado o seu endereço, cópia das condições gerais do contrato, que conterão, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual.

24.1.5 – A **CONTRATANTE** declara, neste ato, sob as penas da lei, a veracidade das informações ora prestadas, bem como declara que todas as inclusões de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão às regras estabelecidas no contrato, principalmente no que tange à elegibilidade, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente por seus termos, bem como pelos prejuízos a que der causa.

24.2 – A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10, da Organização Mundial da Saúde.

24.3 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, constituindo-se causa para novo plano, sendo que essa mudança só poderá ocorrer na data de aniversário do contrato e na data de vencimento da contraprestação pecuniária. A **CONTRATADA** analisará previamente se estão presentes os requisitos para que a transferência possa ser efetuada.

24.3.1 – Quando da transferência do **BENEFICIÁRIO titular** e seus dependentes para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O **BENEFICIÁRIO** que fizer essa opção deverá cumprir a carência de 180 (cento e oitenta) dias para os novos benefícios adquiridos com essa alteração.

24.3.2 – Os benefícios mencionados acima correspondem a:

- I – utilização da NOVA REDE CREDENCIADA;
- II – utilização da NOVA ACOMODAÇÃO e
- III – utilização de REEMBOLSO, conforme previsto na legislação vigente.

24.3.3 – A transferência somente ocorrerá quando efetuada pelo **BENEFICIÁRIO titular** e incluirá todos os **BENEFICIÁRIOS** do plano anteriormente contratado.

24.4 – A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

24.5 – Considerando que a especificação do presente contrato levou em consideração que a cobertura prestada será exclusivamente a constante no Rol, fica certo entre as partes que, caso haja a obrigatoriedade de coberturas extracontratuais, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar a **CONTRATADA** todo e qualquer valor que a **CONTRATADA** venha a despesar, incluindo o valor da condenação, das custas, das despesas processuais e dos honorários advocatícios.

24.5.1 – Nos casos em que a **CONTRATANTE** seja responsável pelo reembolso das despesas acima mencionadas, a **CONTRATADA** deverá notificar a **CONTRATANTE**, em até 10 dias da citação do recebimento da citação judicial ou administrativa, sobre a ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

24.5.2 – A inobservância da previsão constante no item 24.5.1 desobrigará a **CONTRATANTE** ao reembolso de qualquer despesa.

24.6 – Considerando que a especificação do presente contrato levou em consideração a dispersão da população entre as faixas etárias mencionadas na cláusula 20.1, bem como a previsão contratual de aplicação de reajuste por faixa etária, fica certo entre as partes que, caso haja a obrigatoriedade de não aplicação ou redução dos percentuais previstos por faixa etária, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar a **CONTRATADA** por todo e qualquer valor que a **CONTRATADA** venha a despesdar, incluindo o valor da condenação, das custas, das despesas processuais e dos honorários advocatícios. A **CONTRATANTE** deverá ainda arcar com a diferença do valor da mensalidade, considerando o que será efetivamente pago pelo **BENEFICIÁRIO** e o valor de fato devido contendo o reajuste por faixa etária, no caso do afastamento ou da redução desse percentual.

24.6.1 – Nos casos em que a **CONTRATADA** seja responsável pela desconsideração ou redução do reajuste por faixa etária acima mencionado, a **CONTRATADA** deverá notificar a **CONTRATANTE**, em até 10 (dez) dias do recebimento da citação judicial ou administrativa, sobre a ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

24.6.2 – A inobservância da previsão constante no item 24.6.1 desobrigará a **CONTRATANTE** ao reembolso de qualquer despesa.

24.7 – A tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

24.8 – Não é admitida a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato ou de comunicação posterior por escrito.

24.9 – Conforme o disposto na regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde permanece sob responsabilidade da **CONTRATADA**, através de seu coordenador médico de informações em saúde, devidamente cadastrado pela **CONTRATADA** perante a ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse coordenador, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

24.10 – Os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei nº 8.666/93.

25

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA

DO FORO

25.1 – Fica eleito o foro de domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir as questões oriundas do presente contrato.



MULTIVIAGEM AO EXTERIOR

Cobertura de Assistência
em Viagem ao Exterior

versão 2015

(28.726)

CONTATOS: 0800 725-2204/0800 725-7204/(11) 4196-8196

1

DEFINIÇÕES

1.1 – BENEFICIÁRIO: entende-se por **BENEFICIÁRIO**, a pessoa física residente no Brasil, que contratar os produtos **ONE HEALTH** das linhas **ONE LINCX** e **ONE BLACK** comercializados pela **CONTRATADA**, e for cadastrado por esta junto à Central de Assistência.

1.2 – Cadastro: é o conjunto de informações relativas aos **BENEFICIÁRIOS**, que terão direito à utilização dos serviços, fornecido e atualizado periodicamente pela **CONTRATADA**.

1.3 – Planos: Os **BENEFICIÁRIOS** serão divididos e cadastrados, conforme indicado abaixo:

1.3.1 – Plano 3: Os **BENEFICIÁRIOS** que aderirem aos produtos da linha **ONE LINCX – ONE LINCX LT3 e ONE LINCX LT4** e forem cadastrados pela **CONTRATADA** junto à Central de Assistência.

1.3.2 – Plano 4: Os **BENEFICIÁRIOS** que aderirem aos produtos da linha **ONE BLACK – ONE BLACK T2, ONE BLACK T3, ONE BLACK T4 e ONE BLACK T5** e forem cadastrados pela **CONTRATADA** junto à Central de Assistência.

1.4 – Prestadores: são as pessoas físicas ou jurídicas integrantes dos cadastros e registros da Central de Assistência, aptas a prestar, sob coordenação da Central de Assistência, todos os serviços previstos e necessários ao atendimento dos **BENEFICIÁRIOS**, nos moldes deste Anexo.

1.5 – Evento: é a urgência decorrente de acidente ou enfermidade, de natureza súbita, involuntária e imprevista que possa prejudicar a expectativa de vida e/ou funções orgânicas do **BENEFICIÁRIO**.

1.5.1 – Acidente: é todo evento com data caracterizada, provocado única e diretamente por causa externa, súbita e violenta, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

1.5.2 – Enfermidade: estado patológico agudo, manifestado após a data de saída do **BENEFICIÁRIO** do município de seu domicílio, que não seja decorrente de doença crônica ou de base, caracterizada como preexistente à data de início da viagem, que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, com ou sem investigação laboratorial e/ou radiológica emergencial, que deva ser realizada impreterivelmente antes do retorno do **BENEFICIÁRIO** ao seu Município de domicílio. A intervenção médica ou cirúrgica nas condições supracitadas deverá estar devidamente comprovada e justificada através de laudo médico detalhado, por escrito.

1.6 – Urgência: absoluta ou relativa:

1.6.1 – Urgência Absoluta (emergência): toda enfermidade que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, dentro das 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à enfermidade vigente, e que disto dependam o prognóstico vital e/ou funcional do **BENEFICIÁRIO**.

1.6.2 – Urgência Relativa: toda enfermidade que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, com ou sem investigação laboratorial e/ou radiológica, que deva ser realizada impreterivelmente antes do retorno do **BENEFICIÁRIO** ao seu Município de domicílio. A intervenção médica ou cirúrgica nas condições supracitadas deverá estar devidamente comprovada e justificada através de laudo médico detalhado, por escrito, de forma a demonstrar que da referida intervenção dependam a expectativa de vida e/ou funções orgânicas do **BENEFICIÁRIO**.

1.7 – Doença: crônica, de base, aguda ou preexistente:

1.7.1 – Crônica: Toda enfermidade que o **BENEFICIÁRIO** for portador há mais de 30 (trinta) dias.

1.7.2 – De Base: Disfunção de qualquer órgão do **BENEFICIÁRIO** que necessite de controle clínico e/ou laboratoriais periódicos.

1.7.3 – Aguda: doença de início súbito não decorrente de uma doença prévia.

1.7.4 – Preexistente: estado patológico, pré-diagnosticado ou existente anteriormente à assinatura do contrato.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

1.8 – Limite: é o critério de limitação ou exclusão do direito aos serviços, estabelecido em função da quilometragem inicial ou máxima; do tempo/ quantidade máxima de utilização dos serviços, do limite territorial, ou ainda do valor máximo previsto para a prestação do serviço, conforme definido neste Anexo.

1.9 – Local de residência: é o endereço de residência ou domicílio permanente constante do cadastro do **BENEFICIÁRIO**, informado por este à **CONTRATADA** que, por sua vez, incumbe-se-á de transmiti-lo à Central de Assistência.

1.10 – Equipe Médica: A Equipe Médica é composta: Pelo médico indicado da Central de Assistência, seja ele da Central acionada ou da Central de origem do Contrato; Pelo médico que prestar atendimento no local do evento; Eventualmente pelo médico Coordenador Geral da Central de Assistência, que detém poder decisório em caso de eventuais divergências.

1.11 – Atividade Esportiva: é a prática de todo e qualquer esporte, devidamente reconhecido por associações, federações ou mesmo comitês (nacionais ou internacionais), com a utilização de todos os equipamentos de segurança indicados para aquela prática e, quando necessário, com a devida habilitação e/ou com a prática monitorada/guiada por especialistas, que coordenarão a atividade e fiscalizarão a utilização dos equipamentos de segurança.

1.12 – Tratado de Schengen: Acordo assinado entre países da Comunidade Européia que estabelece, entre outras disposições, a obrigatoriedade de que turistas que estejam visitando os países signatários deste Tratado comprovem possuir uma Assistência em Viagem com valor mínimo de € 30.000,00 (Trinta mil euros) para o Serviço de Assistência Médica, por acidente ou enfermidade.

A relação atualizada dos países signatários deste tratado pode ser obtida através do link http://pt.wikipedia.org/wiki/Acordo_de_Schengen. Alguns dos países signatários do Tratado de Schengen são, por exemplo: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Islândia, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Baixos (Holanda), Polônia, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça.

1.13 – Condições de elegibilidade para uso do benefício: estar ativo no cadastro da operadora, não estar com pagamento(s) de contraprestação(ões) pecuniária(s) (mensalidades) em atraso, obedecidas as normas pertinentes e ao contrato principal; não estar em cumprimento de carência e CPT (Cobertura Parcial Temporária), decorrente de preexistência e conforme cláusula 1.7.4 do presente anexo.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

1.14 – Vigência: o presente anexo tem sua vigência pelo mesmo prazo do contrato principal.

1.15 – Central de Assistência: é a Central de Atendimento da Inter Partner, que ficará responsável por receber as solicitações de serviços dos **BENEFICIÁRIOS**, 365 dias por ano, 24 horas por dia, bem como por organizar o serviço solicitado, monitorar a sua prestação e efetuar o pagamento ao prestador de serviços por ela nomeado.

2

ÂMBITO TERRITORIAL

2.1 – Os serviços de Assistência Emergencial (item 4 deste Anexo) serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS**, somente quando estes estiverem em viagem ao Exterior. Os serviços de Assistência Não Emergencial (item 5 deste Anexo) serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** da seguinte forma: Serviço de Concierge (item 5.1) no Brasil e no Exterior e Serviço de Segunda Opinião Médica (item 5.2) somente no Brasil.

3

OBJETO DO SERVIÇO E VIGÊNCIA

3.1 – OBJETO DO SERVIÇO

Este Anexo tem por objeto prestar os serviços de assistência abaixo descritos aos **BENEFICIÁRIOS**.

Quando em viagem ao exterior, ocorrendo um dos eventos previstos neste Anexo, antes de adotar qualquer medida, o **BENEFICIÁRIO** obrigatoriamente deverá entrar em contato com a Central de Assistência através de ligação a cobrar para o nº 55 (11) 4196-8196, para solicitar um ou mais Serviços de Assistência Emergencial relacionados no item 4 abaixo - “Serviços Emergenciais e Limites”.

Os Serviços de Assistência Não Emergenciais relacionados no item 5 abaixo – “Serviços Não Emergenciais e Limites” poderão ser acionados do exterior pelo telefone acima indicado e também do Brasil, através do sistema de telefone Toll Free de Discagem Direta Grátis (DDG) 0800-725 2204.

Os custos de todas as ligações telefônicas serão de responsabilidade da Central de Assistência.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

3.2 – VIGÊNCIA

Os serviços de Assistência Emergencial descritos no item 4 serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** que estiverem em viagem ao exterior por período máximo de máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos nos planos 3 e 4, a contar da data de início da viagem.

Os serviços de Assistência não Emergencial descritos no item 5 serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** enquanto eles estiverem cadastrados na base de dados da INTER PARTNER.

4

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL

Os serviços oferecidos neste item 4 do Anexo são de assistência emergencial e não se confundem com um seguro ou plano de saúde. Os serviços em questão somente serão prestados em situações definidas neste Anexo e Contrato.

Por não se confundirem com um seguro ou plano de saúde, os serviços de assistência emergencial têm regras próprias e coberturas limitadas.

Todos os serviços emergenciais previstos neste contrato serão prestados apenas quando o **BENEFICIÁRIO** estiver em viagem ao exterior, dentro do período definido no plano aderido e devem ser previamente solicitados para a Central de Assistência, a fim de que esta organize a prestação dos mesmos. Os serviços organizados sem autorização prévia ou participação da Central de Assistência não serão reembolsados ao **BENEFICIÁRIO** ou a quem tiver feito qualquer pagamento em nome deste.

Apesar dos serviços descritos neste contrato serem de caráter emergencial, a prestação dos mesmos será feita de acordo com a infraestrutura, regulamentos, legislação e costumes do país/local do evento, localização e horário, natureza e urgência do atendimento necessário e requerido.

Os limites de cobertura definidos em dólar no presente contrato terão como base o dólar americano.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

OS SERVIÇOS DESCritos NOS ITENS 4.1 A 4.19 SERÃO FORNECIDOS EXCLUSIVAMENTE NO EXTERIOR

4.1 – ASSISTÊNCIA MÉDICA

Em caso do **BENEFICIÁRIO** encontrar-se em situação de URGÊNCIA, em decorrência de acidente ou manifestação de enfermidade, a Central de Assistência organizará a prestação do serviço de assistência médica até o limite máximo previsto para cada plano, desde que o mesmo tenha solicitado a prévia intermediação da Central de Assistência para a indicação e coordenação do serviço de assistência médica.

Os valores serão pagos diretamente ao prestador de serviço indicado pela Central de Assistência para cobertura das despesas com profissionais da área médica, diárias hospitalares, serviços de enfermagem, exames médicos complementares e medicamentos utilizados no atendimento hospitalar, relativos ao evento relatado à Central de Assistência, conforme a seguir detalhado:

Excepcionalmente, nos casos de URGÊNCIA ABSOLUTA, cujo risco potencial de morte requeira que a assistência seja efetuada dentro de um prazo exíguo, que impossibilite o acionamento prévio da Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** poderá recorrer a médicos e serviços não indicados pela Central de Assistência.

Nessa situação, a Central de Assistência deverá ser comunicada logo que o **BENEFICIÁRIO** seja internado ou ANTES DA ALTA HOSPITALAR, para que as despesas de atendimento, junto ao hospital, sejam arcadas diretamente pela Central de Assistência.

Consultas com especialistas: O **BENEFICIÁRIO** terá direito a um médico especialista (em situações de emergência devidamente caracterizadas), sem antes ter sido examinado por um médico clínico geral, quando houver autorização da Equipe Médica da Central de Assistência, e desde que sejam respeitadas as impossibilidades legais e éticas do país em que se encontre o **BENEFICIÁRIO**. O não comparecimento nas consultas médicas agendadas pela Central da Assistência será considerado injustificável e os custos resultantes destas ficarão por conta do **BENEFICIÁRIO** sem direito a qualquer reembolso.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

Exames Médicos complementares: Serão cobertos os custos de exames para esclarecimento de diagnóstico de enfermidades agudas, somente quando forem comprovadamente necessários (de acordo com critérios clínicos) e cujo resultado venha a auxiliar na tomada de decisões da equipe de assistência, interferindo diretamente na expectativa de vida e/ou funções orgânicas do **BENEFICIÁRIO**.

Internação hospitalar: Será coberta quando for recomendada pela equipe médica que assiste o **BENEFICIÁRIO** no local do evento, a quem caberá a indicação do estabelecimento adequado à natureza do quadro clínico apresentado pelo **BENEFICIÁRIO**. Na ausência de tal indicação, caberá à Equipe Médica da Central de Assistência fazê-lo.

Intervenções cirúrgicas: Têm cobertura prevista quando delas dependerem a expectativa de vida e/ou funcional do **BENEFICIÁRIO**, ou seja, excluídas as condições eletivas e programadas, em curto prazo (15 dias), devendo ser previamente autorizadas pela Equipe Médica da Central de Assistência.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	USD 100.000,00	Sem cobertura
Plano 4	USD 300.000,00	USD 100.000,00(**)

(**) IMPORTANTE 1:

Para eventos decorrentes da prática de atividade esportiva a somatória da cobertura dos serviços de Assistência Médica, Remoção Inter-Hospitalar, Retorno Após Alta Hospitalar, Repatriamento Médico e Traslado/Repatriamento de Corpo não poderá ultrapassar a importância de USD 100.000,00 (cem mil dólares).

IMPORTANTE 2:

Em nenhuma hipótese será praticada compensação de valores entre os diferentes tipos de assistência, ou seja, em caso de saldo residual, não haverá possibilidade de utilização do mesmo em outro tipo de serviço.

4.2 – ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Em caso do **BENEFICIÁRIO** necessitar de intervenção odontológica de emergência, a Central de Assistência providenciará o pronto atendimento, arcando com as despesas da consulta, até o limite preestabelecido.

Não poderá o serviço de emergência ser acionado para tratamento de lesão caracterizada como preeexistente ou reparação de qualquer prótese ou órtese.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	USD 2.000,00	Sem cobertura
Plano 4	USD 2.000,00	USD 2.000,00

4.3 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Havendo prescrição de medicamentos originários de um atendimento médico emergencial, decorrente de evento, atendido pela Central de Assistência, o valor deste medicamento será incluído na conta hospitalar.

Para os casos onde a aquisição deste medicamento não possa ser incluída na conta hospitalar, a Central de Assistência indicará ao **BENEFICIÁRIO** a farmácia mais próxima para que ele possa adquirir o medicamento.

IMPORTANTE: O limite deste serviço é complementar ao de Assistência Médica, portanto, o valor especificado abaixo somente será utilizado caso o medicamento possa ser incluído na conta hospitalar.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	USD 1.000,00	Sem cobertura
Plano 4	USD 1.000,00	USD 1.000,00

4.4 – REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR

Se em caso de evento previsto o **BENEFICIÁRIO** for levado para unidade hospitalar sem capacidade técnica de atendê-lo e, por razões médicas, necessitar ser removido para outro hospital, a Central de Assistência se responsabilizará pela transferência do **BENEFICIÁRIO** para o hospital mais próximo e capacitado tecnicamente para atendê-lo, através do meio de transporte que a equipe médica da Central de Assistência, em comum acordo com o médico que atende o **BENEFICIÁRIO**, considerar mais apropriado. Caso seja solicitado pelo médico que atende o **BENEFICIÁRIO**, o mesmo poderá ser acompanhado por um médico ou enfermeiro designado pelo Departamento Médico da Central de Assistência.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

Esta transferência será feita mediante apresentação de pedido do médico que atende o **BENEFICIÁRIO** no local do evento. O pedido do médico local deve informar por ESCRITO:

1. que o local onde o **BENEFICIÁRIO** está internado, segundo critérios exclusivamente médicos, não tem condições técnicas e estruturais para atendê-lo;
2. qual o estado de saúde do **BENEFICIÁRIO** (descrição clínica detalhada), qual(is) o(s) tratamento(s) e medicamento(s) que vem(êm) sendo aplicado(s) ao **BENEFICIÁRIO**;
3. qual o meio de transporte recomendado para a remoção interhospitalar podendo ser feita por ambulância, carro, avião comercial ou avião UTI e sua justificativa clínica para tanto;
4. qual o hospital mais próximo com condições de receber o **BENEFICIÁRIO** e se o **BENEFICIÁRIO** tem condições clínicas de ser removido até este hospital;

Independente dos itens anteriores, a remoção ainda precisará da anuênciam da Equipe Médica da Central de Assistência, a qual poderá decidir sobre a necessidade da remoção inter-hospitalar, bem como sobre o meio de transporte que será utilizado (ambulância, carro, avião comercial ou avião UTI). Se necessário, de acordo com critérios médicos, um médico ou uma enfermeira deverá acompanhar o paciente.

IMPORTANTE 01: A transferência em avião UTI só será coberta quando:

- dentro do mesmo continente (quando o **BENEFICIÁRIO** estiver em viagem ao exterior),
- se a natureza dos ferimentos ou da enfermidade exigir esse meio de locomoção, a critério do médico local ou da Equipe Médica da Central de Assistência, e
- se a causa clínica da indicação da UTI aérea for exclusiva e diretamente relacionada à queixa inicial do **BENEFICIÁRIO** (razão da internação), e for considerado o único meio de transporte viável para a otimização do prognóstico, estando o paciente em Unidade de Emergência do Hospital de origem,
- se o **BENEFICIÁRIO** estiver internado em Unidade de Urgências (UTI, Pronto-Socorro) do hospital e não tiver tido alta hospitalar, e
- se o destino do **BENEFICIÁRIO** for outro hospital (nunca a sua residência).

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

IMPORTANTE 02: Se o **BENEFICIÁRIO** for ser transferido para hospital situado em território brasileiro, caberá ao **BENEFICIÁRIO** e/ou sua família:

1. O dever de localizar e garantir uma vaga hospitalar para o **BENEFICIÁRIO**,
2. Enviar para a Equipe Médica da Central de Assistência uma confirmação por escrito (por fax ou e-mail) da vaga, devidamente assinada e identificada com o Código Regional de Medicina (CRM) do médico do hospital para onde ele deverá ser transferido.

A remoção do paciente só será iniciada quando esta vaga hospitalar de destino estiver assim garantida.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	Ilimitado	Sem cobertura
Plano 4	Ilimitado	(**)

() IMPORTANTE:** Para eventos decorrentes da prática de atividade esportiva, a somatória da cobertura dos serviços de Assistência Médica, Remoção Inter-Hospitalar, Retorno Após Alta Hospitalar, Repatriamento Médico e Traslado/Repatriamento de Corpo, não poderá ultrapassar a importância de USD 100.000,00 (cem mil dólares).

4.5 – VISITA AO BENEFICIÁRIO HOSPITALIZADO

Se em consequência de evento o **BENEFICIÁRIO** desacompanhado permanecer hospitalizado em unidade hospitalar localizada fora do seu município de domicílio, por um período superior a 05 (cinco) dias, e estiver sob a cobertura ajustada no presente, a Central de Assistência irá a seu critério e, conforme a distância e os meios de transporte disponíveis para o local do evento, providenciar uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária, de ida e volta e até 05 (cinco) diárias de hotel, no valor definido como limite para uma pessoa indicada pelo **BENEFICIÁRIO** para que possa acompanhá-lo.

Na eventualidade de ser escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** um hotel cujo valor da diária seja superior aos limites aqui estabelecidos, será de sua exclusiva responsabilidade o custeio da diferença.

Em nenhuma hipótese será aceita a compensação de valores, caso o hotel escolhido tenha diárias em valor inferior ao limite definido.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

IMPORTANTE: Não será permitida em hipótese alguma a prorrogação do período descrito acima. Este serviço inclui apenas o pagamento da estadia no hotel, estando excluídas as despesas extras como: alimentação, divertimento, entretenimento, locações, telefone, fax, celular etc.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	Passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária e até USD 250,00 por diária de hotel – máximo de 05 diárias	Sem cobertura
Plano 4	Passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária e até USD 250,00 por diária de hotel – máximo de 05 diárias	Passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária e até USD 250,00 por diária de hotel – máximo de 05 diárias

4.6 – HOSPEDAGEM EM HOTEL APÓS ALTA HOSPITALAR

Em caso de tornar-se necessária a hospedagem do **BENEFICIÁRIO** em hotel, imediatamente após este ter recebido alta hospitalar e, se este repouso foi prescrito pelo médico local ou pela Equipe Médica da Central de Assistência, as despesas decorrentes deste serviço serão suportadas pela Central de Assistência.

Na eventualidade de ser escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** um hotel cujo valor da diária seja superior aos limites aqui estabelecidos, será de sua exclusiva responsabilidade o custeio da diferença.

Em nenhuma hipótese será aceita a compensação de valores, caso o hotel escolhido tenha diárias em valor inferior ao limite estipulado.

IMPORTANTE: Este serviço inclui apenas o pagamento da estadia no hotel, estando excluídas as despesas extras como: alimentação, divertimento, entretenimento, locações, telefone, fax, celular etc.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	Passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária e até USD 250,00 por diária de hotel – máximo de USD 1.250,00 por evento	Sem cobertura
Plano 4	Passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária e até USD 250,00 por diária de hotel – máximo de USD 1.250,00 por evento	Passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária e até USD 250,00 por diária de hotel – máximo de USD 1.250,00 por evento

4.7 – RETORNO AO DOMICÍLIO APÓS ALTA HOSPITALAR

Em caso do **BENEFICIÁRIO**, após ter recebido alta hospitalar, não se encontrar em condições de retornar ao seu domicílio como passageiro regular (segundo critérios médicos), a Central de Assistência organizará o retorno do **BENEFICIÁRIO** (desde que o procedimento seja efetuado integralmente pela Central de Assistência) pelo meio de transporte mais adequado. O serviço inclui a organização da viagem de retorno com coordenação no embarque e, na chegada, com a infraestrutura necessária: adequação do meio de transporte eleito, através de complementação tecnológica da aparelhagem médica necessária, acompanhamento médico e/ou de enfermeira, ambulâncias, UTI móvel terrestre, se necessário. Neste serviço não será utilizado avião U.T.I. (Unidade de Terapia Intensiva). Este serviço será prestado mediante apresentação de pedido do médico que atende o **BENEFICIÁRIO** no local do evento. O pedido do médico local deve informar por ESCRITO:

1. qual o estado de saúde do **BENEFICIÁRIO** (descrição clínica detalhada), qual(is) o(s) tratamento(s) e medicamento(s) que vem(êm) sendo aplicado(s) ao **BENEFICIÁRIO**;
- 2 . qual o meio de transporte recomendado para o retorno ao domicílio, podendo ser feita por ambulância simples, carro ou avião comercial e sua justificativa clínica para tanto. O avião comercial poderá ser adaptado com maca, oxigênio ou extra-seat, quando necessário.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

Caso ocorram divergências entre os pareceres da Equipe Médica, o Departamento Médico da Central de Assistência, especializado em Cuidados Intensivos e Transporte de Doentes Graves, estará apto a dirimi-las. Considera-se alta hospitalar clinicamente justificável para os fins objeto deste contrato, a liberação clínica do **BENEFICIÁRIO** para retorno a domicílio, desde que devidamente fundamentada a sua indicação pelo médico que está cuidando do paciente, não se responsabilizando a Central de Assistência pelo retorno de **BENEFICIÁRIO** em outras condições.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	Ilimitado	Sem cobertura
Plano 4	Ilimitado	(**)

(**) **IMPORTANTE:** Para eventos decorrentes da prática de atividade esportiva, a somatória da cobertura dos serviços de Assistência Médica, Remoção Inter-Hospitalar, Retorno Após Alta Hospitalar, Repatriamento Médico e Traslado/Repatriamento de Corpo, não poderá ultrapassar a importância de USD 100.000,00 (cem mil dólares).

4.8 – REPATRIAMENTO MÉDICO EM CASO DE ACIDENTE OU DOENÇA

Caso o **BENEFICIÁRIO**, após ter recebido alta hospitalar, não se encontre em condições de retornar ao seu domicílio como passageiro regular (segundo critérios médicos), a Central de Assistência organizará o retorno do **BENEFICIÁRIO** (desde que o procedimento seja efetuado integralmente pela Central de Assistência) pelo meio de transporte mais adequado. O serviço inclui a organização da viagem de retorno com coordenação no embarque e na chegada, com a infraestrutura necessária: adequação do meio de transporte eleito, através de complementação tecnológica da aparelhagem médica necessária, acompanhamento médico e/ou de enfermeira, ambulâncias, UTI móvel terrestre, se necessário.

IMPORTANTE: A Transferência em avião UTI só será coberta quando realizada dentro do mesmo continente.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

Este serviço será prestado mediante apresentação de pedido do médico que atende o **BENEFICIÁRIO** no local do evento. O pedido do médico local deve informar por ESCRITO:

1. qual o estado de saúde do **BENEFICIÁRIO** (descrição clínica detalhada), qual(is) o(s) tratamento(s) e medicamento(s) que vem(êm) sendo aplicado(s) ao **BENEFICIÁRIO**;
2. qual o meio de transporte recomendado para o retorno ao domicílio, podendo ser feita por ambulância simples, carro ou avião comercial ou U.T.I e sua justificativa clínica para tanto. O avião comercial poderá ser adaptado com maca, oxigênio ou extra-seat, quando necessário.

Caso ocorram divergências entre os pareceres da Equipe Médica, o Departamento Médico da Central de Assistência, especializado em Cuidados Intensivos e Transporte de Doentes Graves, estará apto a dirimi-las.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	Ilimitado	Sem cobertura
Plano 4	Ilimitado	(**)

() IMPORTANTE:** Para eventos decorrentes da prática de atividade esportiva, a somatória da cobertura dos serviços de Assistência Médica, Remoção Inter-Hospitalar, Retorno Após Alta Hospitalar, Repatriamento Médico e Traslado/Repatriamento de Corpo, não poderá ultrapassar a importância de USD 100.000,00 (cem mil dólares).

4.9 – TRASLADO/REPATRIAMENTO DE CORPO

Em caso de falecimento do **BENEFICIÁRIO** durante a viagem, a Central de Assistência em Viagem se atentará às formalidades administrativas necessárias para o retorno do corpo, transportando-o em esquife standard, até o Município de domicílio do **BENEFICIÁRIO** no Brasil, não estando incluídas as despesas relativas ao funeral e enterro ou cremação.

Os serviços de assistência correspondentes ao traslado serão prestados a partir do momento em que o corpo do falecido se encontrar liberado pelas autoridades competentes e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial ou judicial que impeça a sua remoção do local do acidente.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	Ilimitado	Sem cobertura
Plano 4	Ilimitado	(**)

() IMPORTANTE:** Para eventos decorrentes da prática de atividade esportiva, a somatória da cobertura dos serviços de Assistência Médica, Remoção Inter-Hospitalar, Retorno Após Alta Hospitalar, Repatriamento Médico e Traslado/Repatriamento de Corpo, não poderá ultrapassar a importância de USD 100.000,00 (cem mil dólares).

4.10 – TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO DOS ACOMPANHANTES DO BENEFICIÁRIO FALECIDO

No caso de falecimento do **BENEFICIÁRIO**, a Central de Assistência, após acionada, garantirá a diferença das despesas de transporte ou repatriamento dos acompanhantes do **BENEFICIÁRIO**, até o limite de 04 (quatro) pessoas, por meio de transporte mais adequado até o local de residência ou o de inumação no Brasil, e desde que não seja possível o retorno destas pessoas em tempo hábil pelo meio de transporte inicialmente utilizado.

Se algum dos acompanhantes tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos à época do evento e não tiver acompanhante, a Central de Assistência garantirá um atendimento adequado durante a viagem.

IMPORTANTE 1: A diferença paga pela Central de Assistência para adiantar ou retardar o regresso do **BENEFICIÁRIO** obedecerá às mesmas condições da passagem originária.

IMPORTANTE 2: A Central de Assistência poderá ser sub-rogada nos direitos de usar, negociar, providenciar, compensar junto às Companhias Aéreas, agentes e operadores turísticos, exclusivamente quanto às passagens para que os acompanhantes possam retornar ao local de residência.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	Ilimitado	Sem cobertura
Plano 4	Ilimitado	Ilimitado

4.11 – ACOMPANHAMENTO DE MENORES

Em caso do **BENEFICIÁRIO** encontrar-se em viagem com criança(s) com idade inferior a 14 (quatorze) anos sob sua responsabilidade, e, por razões de acidente ou enfermidade não possa embarcá-la(s) para que retorne(m) ao Município de domicílio, a Central de Assistência cuidará dos seguintes serviços: acompanhamento do(s) menor(es) até o aeroporto, formalidades de embarque, coordenação com a companhia aérea para a condição de “menor desacompanhado”, informação aos pais ou parentes dos dados referentes ao retorno.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	Disponível	Sem cobertura
Plano 4	Disponível	Disponível

4.12 – REGRESSO ANTECIPADO POR FALECIMENTO DE PARENTE DE 1º GRAU OU CÔNJUGE

Em caso de falecimento de um parente de 1º grau (pai, mãe e filhos) ou cônjuge do **BENEFICIÁRIO**, a Central de Assistência deverá organizar e assumir as despesas adicionais resultantes do retorno antecipado do **BENEFICIÁRIO** ao seu Município de domicílio.

IMPORTANTE 1: O **BENEFICIÁRIO** deverá retornar com passagem aérea (classe econômica) sempre que não puder utilizar a passagem original emitida com prazo determinado.

Nesse sentido, a Central de Assistência se sub-rogará nos direitos do **BENEFICIÁRIO** de negociar junto às Companhias Aéreas, agentes e operadores turísticos, a(s) passagem(s) do **BENEFICIÁRIO**. Portanto, a(s) passagem(ns) original(is) do **BENEFICIÁRIO** passará(ão) a ser da Central de Assistência e o **BENEFICIÁRIO** deverá enviá-la(s), assim que retornar ao Município de domicílio ou local de destino, juntamente com o Termo de Sub-rogação assinado.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

IMPORTANTE 2: Para os fins deste serviço, considera-se parente o pai, a mãe e filhos.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	Disponível	Sem cobertura
Plano 4	Disponível	Disponível

4.13 – TRANSPORTE DO BENEFICIÁRIO POR OCORRÊNCIA DE SINISTRO NA RESIDÊNCIA

A Central de Assistência organizará e garantirá o pagamento da diferença de despesas por remarcação de voo do **BENEFICIÁRIO** em transporte de linha regular até o local de residência, desde que esta esteja desabitada devido à ocorrência de eventos como roubo/furto, com violação de portas/janelas, incêndio ou explosão à residência e se torne inabitável ou com grave risco de que se produzam maiores danos, justificando assim a necessidade de sua presença no local. Esse serviço será devido somente quando o **BENEFICIÁRIO** comprovar sua impossibilidade de efetuar o retorno pelo meio de transporte que utilizaria tal como utilizado inicialmente em sua viagem ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção em tempo necessário.

IMPORTANTE 1: A Central de Assistência poderá ser sub-rogada nos direitos do **BENEFICIÁRIO** de usar, negociar, providenciar, compensar junto às Companhias Aéreas, agentes e operadores turísticos, exclusivamente quanto às passagens do **BENEFICIÁRIO**, para que o mesmo possa retornar ao seu município de residência.

IMPORTANTE 2: A diferença paga pela Central de Assistência para adiantar o regresso do **BENEFICIÁRIO** obedecerá às mesmas condições da passagem originária.

IMPORTANTE 3: O Serviço será fornecido depois da comprovação, pelo **BENEFICIÁRIO**, que o evento foi devidamente formalizado junto às autoridades competentes.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	Disponível	Sem cobertura
Plano 4	Disponível	Disponível

4.14 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS PARA ASSISTÊNCIA JURÍDICA

Caso ocorra um problema jurídico inesperado com o **BENEFICIÁRIO** envolvendo um terceiro, e se solicitado, a Central de Assistência encaminhará o **BENEFICIÁRIO** a pelo menos um advogado, se houver no local, para uma consulta, acompanhamento e/ou instauração de processo jurídico, adiantando-lhe até o limite máximo indicado por evento, mediante indicação de um cartão de crédito (com limite suficiente para saldar o valor adiantado) e assinar autorização de débito, os quais serão utilizados para devolução do valor caso o **BENEFICIÁRIO** não restitua o valor à Central de Assistência no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do seu retorno, ao câmbio turismo da data do reembolso.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	USD 20.000,00	Sem cobertura
Plano 4	USD 20.000,00	USD 20.000,00

4.15 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS PARA PAGAMENTO DE FIANÇA

Em caso de exigência de fiança judicial, para a concessão de liberdade provisória do **BENEFICIÁRIO**, a Central de Assistência providenciará o adiantamento do valor para o pagamento da fiança, até o valor indicado abaixo como limite.

IMPORTANTE: A liberação deste valor será feita mediante assinatura de Termo de Reconhecimento de Dívida, pelo **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal e indicação de um cartão de crédito (com limite suficiente para saldar o valor adiantado) e assinar autorização de débito, os quais serão utilizados para devolução do valor caso o **BENEFICIÁRIO** não restitua o valor à Central de Assistência no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do seu retorno, ao câmbio turismo da data do reembolso.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	USD 20.000,00	Sem cobertura
Plano 4	USD 20.000,00	USD 20.000,00

4.16 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS EM CASO DE EXTRAVIO DE BAGAGEM

Em caso de extravio de bagagem do **BENEFICIÁRIO** dentro dos limites de responsabilidade das Companhias Transportadoras filiadas à IATA, o **BENEFICIÁRIO** deverá imediatamente efetuar a declaração de perda (PIR – Property Irregularity Report) e acionar, ainda do local onde ocorreu o extravio da bagagem, a Central de Assistência.

Após 24 (vinte e quatro) horas do acionamento, caso as bagagens ainda não tenham sido localizadas, o **BENEFICIÁRIO** deverá novamente contatar a Central de Assistência, e esta adiantará os valores definidos abaixo para custeio das despesas emergenciais de primeira necessidade.

Independente da localização ou não das bagagens, o **BENEFICIÁRIO** deverá reembolsar o valor adiantado pela Central de Assistência em no máximo 30 (trinta) dias da data do adiantamento.

IMPORTANTE: A liberação deste valor será feita mediante assinatura de Termo de Reconhecimento de Dívida, pelo **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal e indicação de um cartão de crédito (com limite suficiente para saldar o valor adiantado) e assinar autorização de débito, os quais serão utilizados para devolução do valor caso o **BENEFICIÁRIO** não restitua o valor à Central de Assistência no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do adiantamento, ao câmbio turismo da data do reembolso.

Os limites abaixo mencionados são válidos para cada **BENEFICIÁRIO**, independentemente do número de malas extraviadas, ficando desde já consignado que somente fará jus ao auxílio o **BENEFICIÁRIO** em cujo nome estiverem registradas as referidas bagagens.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
Plano 3	USD 300,00	Sem cobertura
Plano 4	USD 300,00	USD 300,00

4.17 – LOCALIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE BAGAGEM

Em caso de extravio de bagagens, o **BENEFICIÁRIO** deverá comunicar, simultaneamente, o fato à Cia. Aérea e à Central de Assistência, obtendo uma prova por escrito desta notificação (PIR – Property Irregularity Report), para que esta possa proceder à localização da bagagem. Feito isto, o **BENEFICIÁRIO** deverá contatar via telefone a Central de Assistência para que esta possa realizar o monitoramento do processo de localização da bagagem junto à Cia. Aérea, bem como informar seu domicílio transitório para que, no caso da companhia transportadora notificar a localização da bagagem, esta possa lhe ser enviada.

4.18 – INFORMAÇÕES EM CASO DE PERDA OU ROUBO DE DOCUMENTOS

Em casos de extravio (perda, furto ou roubo) dos documentos do **BENEFICIÁRIO**, a Central de Assistência, sempre que possível, fornecerá informações relativas de como proceder com a polícia local, endereços e telefones de consulados ou embaixadas, cartões de crédito indicando o número de telefone para cancelamento, providências junto às companhias transportadoras para substituição dos respectivos títulos de transporte, providências para cancelamento e substituição de travelers cheques, talões de cheque e cartão bancário.

4.19 – TRANSMISSÃO DE MENSAGENS

Em caso de solicitação por parte do **BENEFICIÁRIO**, a Central de Assistência transmitirá mensagens urgentes, desde que relacionadas a um caso de assistência, para uma ou mais pessoas indicadas pelo **BENEFICIÁRIO**, residentes no Brasil.

SERVIÇOS NÃO EMERGENCIAIS

5.1 – CONCIERGE (Os serviços descritos nos itens 5.1.1 a 5.1.4 serão fornecidos no Brasil e no Exterior)

Os serviços de CONCIERGE servem para auxiliar o **BENEFICIÁRIO** na execução de algumas tarefas, disponibilizando uma equipe de profissionais 24 horas por dia para realizar a busca das informações solicitadas. Por esta razão a Central de Assistência não se responsabilizará por eventuais solicitações feitas diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, sem sua prévia autorização ou participação.

Para atendimentos das solicitações, a equipe de CONCIERGE empenhará os melhores esforços para apresentar ao **BENEFICIÁRIO** os melhores fornecedores, para que este possa escolher aquele que melhor atender sua expectativa.

Visto que o serviço de CONCIERGE auxilia a realizar a busca, comprar ingressos e em alguns casos a organização do serviço, todas as despesas provenientes destas solicitações ficarão por conta exclusiva do **BENEFICIÁRIO**, sendo imprescindível que o mesmo possua Cartão de Crédito para que a assistência seja prestada.

A Central de Assistência atenderá a todas as solicitações do **BENEFICIÁRIO** desde que possíveis e que não atentem contra a ética, a moral e a legislação local.

5.1.1 – ASSESSORIA EMPRESARIAL

Quando o **BENEFICIÁRIO** solicitar, a Central de Assistência organizará os seguintes serviços:

Locação de equipamentos: Telefone celular, computadores, notebooks, impressoras, projetores para apresentações, entre outros;

Locação de salas para realização de eventos: convenções, palestras, conferências, exposições, “workshops”;

Indicação de profissional para trabalho em evento temporário: recepcionista, secretária, tradutor, intérprete, mestre de cerimônias, manobrista e outros necessários à realização do evento.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

5.1.2 – ASSESSORIA CULTURAL E TURÍSTICA

Informações sobre eventos culturais, diversões, além de indicações e reservas, conforme a seguir:

Informações de Viagens

Documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entrada, vacinas;

Números de telefones de Embaixadas e Consulados brasileiros;

Informações meteorológicas;

Condições do trânsito e mapas;

Informações sobre o país e suas principais cidades.

Informações de Eventos

Informações sobre horários e ingressos para ópera, balé, teatros, concertos, museus, shows e outras atividades culturais;

Informações sobre eventos esportivos;

Informações sobre locais para a prática de esportes.

IMPORTANTE: As informações prestadas serão de natureza turística e cultural.

Reserva e Compra de Ingressos;

Reservas e compra de ingressos para peças de teatro, espetáculos musicais, concertos, museus, shows, jogos esportivos e outros eventos;

Reservas em restaurantes, bares e casas noturnas.

IMPORTANTE 1: O custo do ingresso poderá ser acrescido de taxa de reserva e/ou entrega, cujo valor será informado quando da sua aquisição;

IMPORTANTE 2: Esses ingressos estão sujeitos à disponibilidade local e, após solicitação, não será possível efetuar alterações ou cancelamentos;

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

IMPORTANTE 3: Restituições de valores pagos para a compra de ingressos de eventos cancelados estão sujeitas às condições determinadas pela organizadora do evento;

IMPORTANTE 4: Uma vez realizada a reserva, a Central de Assistência em Viagem não garantirá a devolução de eventuais valores que tiverem sido adiantados.

Reserva em Restaurantes do Brasil e do Exterior

Sempre que o **BENEFICIÁRIO** solicitar, a Central de Assistência efetuará reservas em restaurantes do Brasil e do exterior, da preferência do **BENEFICIÁRIO**.

Locações

Veículos de passeio, luxo, esportivos e especiais;

Limusines;

Imóveis de temporada, flats, castelos, ilhas;

Helicópteros, embarcações, aviões.

IMPORTANTE: Uma vez realizada a locação, a Central de Assistência não garantirá a devolução de eventuais valores que tiverem sido adiantados.

Compra e envio de presentes

Envio de flores, balões, cestas;

Envio de bebidas finas, caixas de chocolate;

Presentes tradicionais e originais;

Organização de serenata, serestas;

Telegrama animado, telemensagens, chuvas de pétalas.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

5.1.3 – ASSESSORIA PARA VIAGENS

O **BENEFICIÁRIO** poderá contar com a Central de Assistência, que estará disponível para fornecer os serviços estabelecidos abaixo:

Assistência para viagens

Reservas de Hotel;

Reservas e confirmação de voos;

Transmissão de mensagens urgentes, exclusivamente para familiares domiciliados no Brasil;

Indicação de agências e/ou operadoras de viagens.

5.1.4 – ENVIO DE DOCUMENTOS

Documentos Pessoais

Em caso de extravio (perda, furto ou roubo) de qualquer documento pessoal, imprescindível para prosseguimento da viagem, a Central de Assistência, sempre que possível, fornecerá informações relativas à como proceder com a política local, endereços e telefones de consulados ou embaixadas, administradora de cartões de crédito indicando o número de telefone para o cancelamento. Poderá ainda entrar em contato com os familiares, a fim de enviar cópias desses documentos ao **BENEFICIÁRIO**.

Límite de peso do documento: até 01 (um) kg, dentro das exigências de postagem.

IMPORTANTE: Este serviço será fornecido quando o **BENEFICIÁRIO** encontrar-se em viagem a mais de 100 (cem) quilômetros do Município de sua residência.

Documentos Empresariais

Em casos de extravio de qualquer documento imprescindível ao seu trabalho (disquetes, CDs, relatórios etc.), a Central de Assistência, sempre que possível, enviará cópias desses documentos ao **BENEFICIÁRIO**, desde que a empresa as disponibilize.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

Limite de peso do documento: até 01 (um) kg, dentro das exigências de postagem.

IMPORTANTE: Este serviço só será fornecido quando o **BENEFICIÁRIO** encontrar-se em viagem a mais de 100 (cem) quilômetros do Município de sua residência.

5.2 – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA (Serviços descritos nos itens 5.2.1 e 5.2.2)

Os serviços oferecidos neste produto são de obtenção de uma segunda opinião médica em caso de enfermidades graves e/ou intervenções cirúrgicas de alta complexidade, que aporte maiores informações sobre o diagnóstico e sobre os métodos de tratamento mais avançados internacionalmente aplicável à dita patologia, facilitando consultas de diagnósticos e tratamento no exterior, através da interconexão com centros médicos de primeiro nível internacional e ou nacional.

5.2.1 – DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Sempre que o **BENEFICIÁRIO** entrar em contato com a Central de Assistência solicitando uma Segunda Opinião Médica, a mesma realizará as seguintes tarefas:

Compilação de histórico clínico e exames complementares; A Central de Assistência, em comum acordo com o médico assistente do **BENEFICIÁRIO**, selecionará um consultor nacional ou internacional especialista naquela determinada patologia; Formulação do pedido de Segunda Opinião Médica nos idiomas português, espanhol ou inglês. Prosseguimento da consulta e informação ao **BENEFICIÁRIO** mediante qualquer requerimento; Recepção da resposta, tradução da mesma para o português, se necessário, formulação de novas perguntas ou reiteração de perguntas não respondidas satisfatoriamente, caso seja necessário; Adição de bibliografia complementar; Entrega ao **BENEFICIÁRIO** das respostas devidamente traduzidas com sua bibliografia correspondente.

5.2.2 – SERVIÇOS ADICIONAIS

Organização de viagem para consultas pessoais em qualquer centro médico internacional mediante qualquer requerimento do paciente ou de seu médico de família;

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

Solicitações de vaga de leito no exterior mediante eventuais derivações;

Alternativas terapêuticas para determinadas patologias mais complexas.

IMPORTANTE: Este serviço será organizado pela Central de Assistência e os custos serão de inteira responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**.

A CENTRAL DE ASSISTÊNCIA ENVIARÁ O DOSSIÊ GERADO AO **BENEFICIÁRIO**, CONTEMPLANDO OS SEGUINTE ITENS:

Informação sobre o diagnóstico inicial;

Instituição ou profissional designado para prestar a Segunda Opinião Médica;

Cópia da informação da Segunda Opinião Médica recebida;

Resumo do caso gerado na Central Operacional da Central de Assistência.

EXEMPLOS DE CENTROS DE EXCELÊNCIA	
Alliance International Medical Service	África do Sul/Johannesburgo
Klinikum Rechts der Isar	Alemanha /Munique
HSPT Aleman	Argentina/Buenos Aires
St. Luke's Hospital	Austrália/Sydney
Jewish Hospital	Canadá/Montreal
Clinica Alemana	Chile/Santiago
Shangai Huadong Hospital	China/Xangai
Clinica Sagrada Família	Espanha/Barcelona
Clínica San Camilo	Espanha/Madrid
Brigham and Women's Hospital	EUA
Cedars-Sinai Medical Center	EUA
Children's Memorial Hospital	EUA
Cleveland Clinic	EUA
Duke University Medical Center, Durham, N.C.	EUA

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

Georgetown Medical Center	EUA
Johns Hopkins Hospital, Baltimore	EUA
Loyola University	EUA
MD Anderson Cancer Center	EUA
New York Presbyterian Hospital	EUA
Stanford University Hospital, Stanford, Calif.	EUA
University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City	EUA
University of Chicago Hospitals	EUA
University of Washington Medical Center, Seattle	EUA
Vanderbilt University Medical	EUA
Massachusetts General Hospital	EUA/Boston
Northwestern Memorial Hospital	EUA/Chicago
Albert Einstein Medical Center	EUA /Filadélfia
UCLA Medical Center	EUA/Los Angeles
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center	EUA/Nova Iorque
University of California, San Francisco, Medical Center	EUA/San Francisco
Barnes-Jewish Hospital	EUA/St. Louis
Hospital Americain	França/Paris
Saint Peter HSPT	Itália/Roma
Hospital Español	México/Cidade do México
Mercy Hospital	Nova Zelândia/Auckland
Hospital Cruz Vermelha Portuguesa	Portugal/Lisboa

EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL

(itens 4.1 a 4.19)

6.1 – Estão limitados os serviços de Assistência Emergencial nos seguintes casos:

- a) Os serviços de assistência serão disponibilizados aos **BENEFICIÁRIOS**, durante o período de vigência contratado, desde que o mesmo esteja em viagem em um dos países descritos no Âmbito Territorial.

Ressaltamos que o período de vigência contratado não poderá ultrapassar o limite máximo 180 (cento e oitenta) dias para os Planos 3 e 4.

- b) O **BENEFICIÁRIO** somente poderá utilizar-se dos serviços de assistência com a prévia autorização da Central de Assistência.
- c) Os Serviços de Assistência não se aplicarão às complicações que venham a ocorrer durante a viagem do **BENEFICIÁRIO**, decorrentes de qualquer inobservância de prescrição médica.
- d) Os serviços de assistência não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte do **BENEFICIÁRIO** ou outro que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Assistência (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, nº do cartão, e outros que se tornarem necessários).
- e) Em situações que o Departamento Médico da Central de Assistência não conseguir obter laudos médicos de forma satisfatória caberá ao **BENEFICIÁRIO** obtê-los diretamente do médico que o trata e/ou do Hospital no qual encontrar-se internado; vale lembrar que o poder de obtenção de laudos é direito do **BENEFICIÁRIO** e a Central de Assistência não pagará por qualquer tipo de laudo e/ou tradução de línguas não universais. Caso não tenhamos tal colaboração, o **BENEFICIÁRIO** perderá o direito de atendimento/cobertura;
- f) Os serviços de assistência jurídica não serão prestados e isentam a Central de Assistência em Viagem de qualquer responsabilidade, quando o **BENEFICIÁRIO** deixar injustificadamente de comparecer às audiências ou de qualquer forma não colaborar para o normal andamento do processo, bem como se ausentar sem informar a forma pela qual possa ser encontrado;

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

- g) O não comparecimento nas consultas médicas agendadas pela Central de Assistência em Viagem será considerado injustificável e os custos resultantes desta ficarão por conta do **BENEFICIÁRIO**, mesmo que seja solicitado cancelamento prévio do evento.

6.2 – Estão excluídas as prestações de serviço de assistência emergencial:

6.2.1 – De caráter geral:

- a) Eventos decorrentes de fenômenos da natureza de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, furacões, maremotos e queda de meteoritos, desde que a Central de Assistência fique impossibilitada de prestar os serviços de assistência emergencial.
- b) Eventos decorrentes de explosão, liberação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas.
- c) Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves, decretação de estado de calamidade pública, detenção por parte de autoridade em decorrência de delito que não seja um acidente, salvo se o **BENEFICIÁRIO** provar que a ocorrência não tem relação com os referidos eventos.
- d) Eventos decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de Guerra.

6.2.2 – Em relação às pessoas:

- a) Restituição de despesas efetuadas diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** ou por quem fez o pagamento em nome deste;
- b) Solicitação de assistência de caráter não emergencial, para qualquer serviço e especificamente para os médicos tais como: controle clínico e/ou laboratorial e/ou radiológico ou doenças prédiagnosticadas ou existentes anteriormente à data de viagem, bem como continuação de tratamentos iniciados no Brasil; atos médicos eletivos, explorações clínicas e/ou cirúrgicas de doenças crônicas ou doenças de base.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

- c) Infecções, enfermidades, lesões ou processos resultantes de ação criminal e/ou de tentativa de suicídio perpetrada direta ou indiretamente pelo **BENEFICIÁRIO**;
- d) Ocorrências havidas durante o voo e conexões para cidade de destino ou no voo e conexões durante o voo de retorno para a cidade de origem;
- e) Atendimentos médicos que não guardem a devida correspondência aos sintomas relatados à Central de Assistência e retorno para reavaliações ambulatoriais.
- f) Tratamento de moléstias, estado patológicos ou qualquer tipo de ocorrência que venha gerar solicitação por parte do **BENEFICIÁRIO** dos serviços da Central de Emergência, que sejam provocados pela ingestão intencional de drogas, narcóticos, abuso de bebidas alcoólicas, ou pelo uso de remédios sem receita médica, mesmo que anterior à data do embarque;
- g) Tratamento de moléstias, estado patológicos ou qualquer tipo de ocorrência que venha gerar solicitação por parte do **BENEFICIÁRIO** dos serviços da Central de Emergência, que sejam decorrentes de Acidente de trânsito, onde restar comprovada a ingestão de drogas, narcóticos, bebidas alcoólicas, ou uso de remédios sem receita médica, pelo **BENEFICIÁRIO**, ou o condutor do veículo acidentado;
- h) Quadros que envolvam patologia de origem psiquiátrica e psicológica;
- i) Problemas de gravidez após o 6º mês de gestação, exames de pré-natal e o parto; problemas de gravidez antes do 6º mês, em gestações consideradas de risco pelos exames pré-natais (clínicos e paraclínicos). Problemas ocasionados por interrupção voluntária de gravidez e/ou complicações decorrentes desta;
- j) Ortodontia, lentes, órteses, próteses e acessórios em geral;
- k) Serviços prestados por pessoas que tenham grau de parentesco ou amizade com o **BENEFICIÁRIO**, salvo quando previamente autorizados pela Empresa Prestadora de Serviços;

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

- I) Remoções médicas em avião UTI quando o paciente não estiver internado em centro hospitalar de urgências (UTI, Pronto-Socorro), ainda que tenha passado por consulta médica ou tratamento durante a viagem;
- m) Remoções médicas de pacientes que tenham tido alta hospitalar;
- n) Remoções médicas que já tiverem sido iniciadas sem a prévia discussão do caso com o Departamento Médico da Empresa Prestadora de Serviços;
- o) Remoções médicas intercontinentais em avião UTI;
- p) Consultas, atendimentos ou exames médicos que não se relacionem à queixa apresentada à Central de Assistência pelo **BENEFICIÁRIO** e retorno para reavaliações ambulatoriais;
- q) Pagamento de despesas médico-hospitalares havidas pelo **BENEFICIÁRIO** em território brasileiro;
- r) Práticas não reconhecidas como medicina tradicional no local da viagem;
- s) Acidentes ocorridos em viagens em veículos em condições impróprias ao transporte de passageiros;
- t) Acidentes e/ou enfermidades decorrentes da participação em qualquer tipo de prática esportiva como e não se limitando a (esportes de combate (todos os tipos de luta, inclusive Capoeira), alpinismo, caça, acidentes decorrente de todo tipo de mergulho, espeleologia, esportes praticados com veículos aéreos, terrestres e aquáticos e respectivos treinos preparatórios, balonismo, motociclismo, asa delta, paraquedismo, surf, windsurfe, paraglyder, kart e ski na neve e aquático, etc.) ou participar de apostas como “rachas” ou acidentes decorrentes do uso de armas (Exclusão válida somente para o plano 3).
- u) Prática de atividade que não seja considerada esportiva por associações, federações ou mesmo comitês ou executada sem a utilização dos equipamentos de segurança, habilitação ou demais cuidados necessários (Exclusão válida para os planos 3 e 4);
- v) Acidentes e/ou enfermidades decorrentes da participação de apostas como “rachas” ou acidentes decorrentes do uso de armas (Exclusão válida para os planos 3 e 4);

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

- w) Doenças, para as quais a vacinação é sabidamente recomendada para o local de destino;
- x) Acidente ou Doença do Trabalho;
- y) Intervenções ou tratamentos de ordem estética;
- z) Eventos ocorridos em cruzeiros marítimos, durante o período de navegação;
- aa) Gastos assumidos pelo **BENEFICIÁRIO** consequentes à inobservância das orientações do médico responsável e/ou do Departamento Médico da Central de Assistência, salvo exceções com justificativas cabíveis, que serão analisadas pelo Departamento Médico da Central de Assistência.
- bb) No caso de traslado de corpo, estão excluídas despesas relativas ao funeral, sepultamento e jazigo.

7

EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DOS SERVIÇOS DE CONCIERGE

(Referente aos Serviços Descritos nos itens 5.1.1 a 5.1.4)

7.1 – De caráter geral:

- a) Eventos decorrentes de fenômenos da natureza de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, furacões, maremotos e queda de meteoritos, desde que a Central de Assistência fique impossibilitada de prestar os serviços de assistência emergencial.
- b) Eventos decorrentes de explosão, liberação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas.
- c) Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves, decretação de estado de calamidade pública, detenção por parte de autoridade em decorrência de delito que não seja um acidente, salvo se o **BENEFICIÁRIO** provar que a ocorrência não tem relação com os referidos eventos.
- d) Eventos decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de Guerra.

ANEXO I - ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

7.2 – Exclusões específicas para o serviço de CONCIERGE

- a) Prestações de serviços não decorrentes das instruções e solicitações da Central de Assistência ou que tenham sido solicitadas diretamente ou indiretamente pelos **BENEFICIÁRIOS** como antecipação, extensão ou realização do serviço.
- b) Qualquer tipo de despesa proveniente das solicitações do **BENEFICIÁRIO** ou de seu representante;
- c) A Central de Assistência não se responsabilizará pelos serviços e produtos adquiridos pelo **BENEFICIÁRIO**.

8

► EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES RELATIVAS AO SERVIÇO DE SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

(Referente aos Serviços Descritos nos itens 5.2.1 e 5.2.2)

8.1 – De caráter geral

- a) Eventos decorrentes de fenômenos da natureza de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, furacões, maremotos e queda de meteoritos, desde que a Central de Assistência fique impossibilitada de prestar os serviços de assistência emergencial.
- b) Eventos decorrentes de explosão, liberação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas.
- c) Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves, decretação de estado de calamidade pública, detenção por parte de autoridade em decorrência de delito que não seja um acidente, salvo se o **BENEFICIÁRIO** provar que a ocorrência não tem relação com os referidos eventos.
- d) Eventos decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de guerra.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

8.2 – Estão limitados os serviços de Segunda Opinião Médica nos seguintes casos:

- a) Os serviços de assistência acima expostos não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte do **BENEFICIÁRIO** ou do médico acompanhante, no que se refira às informações requisitadas pela Central de Assistência;
- b) O prazo de entrega do serviço de segunda opinião médica está condicionado ao período a ser estimado pelo opinante e/ou demais profissionais envolvidos.

8.3 – Estão excluídos dos serviços de Segunda Opinião Médica os seguintes casos:

- a) Custos decorrentes de consultas, exames, viagens, hospedagens ou quaisquer outros não previstos nos serviços objeto deste contrato;
- b) Prescrição de medicamentos;
- c) Restituição de despesas efetuadas diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**;
- d) Contato direto do **BENEFICIÁRIO** com o médico opinante;
- e) Informações por telefone referente ao parecer da Segunda Opinião Médica;
- f) Qualquer envio e/ou manipulação de material biológico;
- g) Análise de condutas de outros médicos (auditorias) ou solicitações jurídicas (perícias);
- h) Solicitações de Segunda Opinião Médica de ordem estética.

9

OBRIGAÇÕES GERAIS DO BENEFICIÁRIO

9.1 – Do Adiantamento de Valores

Em caso de adiantamento de despesas, em que se tenha assinatura do Termo de Reconhecimento de Dívida, a Central de Assistência em Viagem poderá cobrar do **BENEFICIÁRIO** que atrasar seu pagamento, multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito, bem como, juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês.

The Amil logo consists of the brand name "Amil" in a white, lowercase, sans-serif font. A thin, white, flowing line starts from the top of the "A" and sweeps across the letters, ending at the top of the "l".

RESGATE SAÚDE

versão 2015

ANEXO II – AMIL RESGATE SAÚDE

1

CLÁUSULA PRIMEIRA

OBJETO

1.1 – O presente termo tem por objeto regular a cobertura dos custos, no Brasil, de despesas relativas ao resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre de **BENEFICIÁRIOS** incluídos no **AMIL** Resgate Saúde. Não haverá nenhuma cobertura ou reembolso de despesas no exterior.

1.2 – Para fins deste contrato, o resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre é o translado de hospital para hospital no Brasil, realizado por serviços credenciados da **AMIL**, através da combinação de transporte por ambulância e/ou helicóptero e/ou avião, de paciente em estado grave, que apresente qualquer uma das condições patológicas descritas no item 2.4. Veja que, se o hospital para o qual tenha sido transferido o paciente não for um hospital sujeito à cobertura ou reembolso pela **AMIL** – em razão do plano do paciente –, o paciente será o único responsável pelos custos no referido hospital.

1.3 – Ressalta-se ainda que o Resgate Aéreo não possui caráter imediato, ou de urgência, ou de emergência, isto é, depende de programação prévia e está sujeito a limitações de cunho médico, tais quais falta de condições clínicas apresentadas pelo paciente para a remoção, e também limitações não médicas: condições climáticas adversas, situação tática ou estratégica que impeça outras remoções concomitantes, conforme elencado nos itens 2.4 e 2.5 do presente termo.

2

CLÁUSULA SEGUNDA

DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA COBERTURA

2.1 – O AMIL Resgate Saúde não cobre qualquer despesa relativa à internação hospitalar ou atendimento médico diverso do resgate. Assim, as despesas com internação hospitalar e demais despesas médicas, seja no hospital de origem, seja no hospital de destino, somente serão cobertas pela **AMIL** se o **BENEFICIÁRIO** tiver direito nos termos do contrato principal, do qual este termo é acessório, de acordo com a rede credenciada específica do plano contratado.

2.2 – Somente terão cobertura de custos pelo presente termo as despesas relativas aos resgates terrestre, aéreo ou aeroterrestre de um hospital qualquer no Brasil, para um hospital qualquer no Brasil, realizado por serviços credenciados da **AMIL**, através da combinação de transporte por ambulância

ANEXO II – AMIL RESGATE SAÚDE

e/ou helicóptero e/ou avião (na forma do previsto no item 2.3) de paciente em estado grave, que apresente qualquer uma das condições patológicas descritas no item 2.4.

2.3 – Fica certo desde logo que:

- a) dentro de um raio máximo de 300 km (trezentos quilômetros), a partir das bases do helicóptero resgatador, o resgate dar-se-á por helicóptero (resgate aéreo) ou por ambulância (resgate terrestre) ou por helicóptero e ambulância (resgate aeroterrestre);**
- b) para distâncias superiores a 300 km (trezentos quilômetros) das bases do helicóptero resgatador – sempre limitado ao território nacional –, o resgate será realizado por avião (resgate aéreo), desde que a cidade em que se encontre o BENEFICIÁRIO e a cidade em que se encontre o hospital de destino disponha de aeroporto autorizado pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) para receber o pouso de aeronave a jato de pequeno porte.**

2.3.1 – As bases dos helicópteros estão exclusivamente localizadas nas cidades do Rio de Janeiro (estado do Rio de Janeiro) e São Paulo (estado de São Paulo). Dessa forma, nas demais localidades não haverá remoção aérea através de helicóptero, apenas por avião, se preenchidas as condições descritas neste termo. Em qualquer caso, o resgate, aéreo e/ou terrestre, poderá ser realizado por serviço credenciado da **AMIL**.

2.4 – É uma das condições essenciais para a cobertura dos custos prevista no AMIL Resgate Saúde que o estado do BENEFICIÁRIO seja grave e que esse estado decorra de qualquer uma das seguintes condições médicas de urgência e/ou emergência:

- 1 - Infarto agudo do miocárdio, com necessidade de cirurgia de revascularização de urgência ou choque cardiológico refratário ou arritmia ameaçadora à vida.
- 2 - Infarto agudo do miocárdio, com dor mantida e indicação de angioplastia de urgência.
- 3 - Aneurisma dissecante de aorta em fase aguda.
- 4 - Politraumatismo.
- 5 - Trauma crânioencefálico.
- 6 - Traumatismo raquimedular na fase aguda inicial.

ANEXO II – AMIL RESGATE SAÚDE

- 7 - Traumatismo de face com distúrbio de ventilação.
 - 8 - Traumatismo de face com lesão do globo ocular.
 - 9 - Trauma torácico.
 - 10 - Traumatismo de grandes vasos sanguíneos.
 - 11 - Traumatismo abdominal.
 - 12 - Traumatismo extenso de partes moles.
 - 13 - Amputação traumática com possibilidade de reimplantar.
 - 14 - Choque traumático.
 - 15 - Grandes queimaduras.
 - 16 - Acidentes com eletricidade, com acometimento sistêmico.
 - 17 - Asfixia por imersão (afogamento).
 - 18 - Intoxicações exógenas involuntárias.
 - 19 - Picada de animais peçonhentos.
- 2.5** – Assim, para haver a cobertura é necessário que ocorram, ao mesmo tempo, todas as hipóteses seguintes:
- a) a remoção deverá ser entre hospitais localizados no Brasil de acordo com a rede credenciada específica do plano contratado (assim, não serão cobertas, entre outras, as despesas com remoção que tenha como ponto de partida ou chegada uma residência ou escritório ou logradouro público, por exemplo);
 - b) o **BENEFICIÁRIO** tem que estar em estado grave no entender médico (se o estado não for grave, não haverá cobertura);
 - c) deve haver autorização médica para o resgate (assim, sendo a remoção um ato médico, se o médico resgatador e o médico do hospital de origem não concordarem com a remoção ou meio desta remoção, essa não poderá ser realizada);
 - d) a razão da internação deve ser qualquer uma das patologias previstas no item 2.4 (se for patologia diversa, também não haverá cobertura);

ANEXO II – AMIL RESGATE SAÚDE

- e) a cobertura deverá ser realizada por serviços credenciados da **AMIL** (assim, em nenhuma hipótese haverá ressarcimento para os procedimentos de resgate realizados por terceiros não credenciados);
- f) a cobertura deverá ser previamente solicitada à **AMIL** e realizada por aeronaves e ambulâncias integrantes da rede credenciada **AMIL**; e
- g) o uso de ambulância, helicóptero ou avião a jato de pequeno porte dependerá da distância, das condições de pouso e voo e das regras e instruções estabelecidas pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), para tráfego aéreo e pouso de cada tipo de aeronave.

2.6 – O presente termo AMIL Resgate Saúde não cobre nenhum custo ou despesa com acompanhantes do **BENEFICIÁRIO** resgatado, nem as despesas relativas ao retorno do **BENEFICIÁRIO** ao local do início do resgate.

2.7 – As cláusulas anteriormente indicadas são essenciais neste termo de contrato.

3

CLÁUSULA TERCEIRA

DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA – CARÊNCIA

3.1 – O termo AMIL Resgate Saúde terá vigência por prazo indeterminado, a contar da assinatura, até que seja extinto o contrato principal; das duas hipóteses, a que primeiro ocorrer.

3.2 – Fica certo, entretanto, que as coberturas previstas no presente termo estão sujeitas ao cumprimento de prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura do contrato, ou seja, os eventos cobertos pelo presente AMIL Resgate Saúde somente terão cobertura 30 (trinta) dias após a data da assinatura.

ANEXO II – AMIL RESGATE SAÚDE

4

CLÁUSULA QUARTA

DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DO PREÇO

4.1 – As inclusões no Aditivo Amil Resgate Saúde compreendem obrigatoriamente o titular e todos os seus dependentes, podendo ser feita no momento da assinatura da Proposta Contratual, no aniversário do contrato ou em épocas que venham a ser definidas pela AMIL.

4.2 – O preço do Aditivo AMIL Resgate Saúde cobrado por **TITULAR** do plano será o vigente na Tabela AMIL na data da opção.

4.3 – Os reajustes deste aditivo serão realizados nas mesmas datas do contrato principal.

5

CLÁUSULA QUINTA

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 – Aplicam-se ao Aditivo AMIL Resgate Saúde todas as disposições do contrato principal que não sejam com ele (aditivo) incompatíveis.

5.2 – Extinto o Aditivo AMIL Resgate Saúde, e permanecendo em vigência o contrato principal, voltam a prevalecer todas as cláusulas e condições do contrato principal.



COACHING EM SAÚDE

versão 2015

ANEXO III - COACHING EM SAÚDE

CONTATO: 0800 28 55 663

1

DEFINIÇÕES

1.1 – BENEFICIÁRIO: entende-se por **BENEFICIÁRIO**, a pessoa física, vinculada ou não a uma Pessoa Jurídica Contratante, que contratar os produtos ONE HEALTH das linhas ONE BLACK e ONE LINCX de acordo com as opções e condições dispostas no subitem 1.3, ambos comercializados pela **CONTRATADA**, e for cadastrado por esta junto à Central de Atendimento.

1.2 – Cadastro: é o conjunto de informações relativas aos **BENEFICIÁRIOS**, que terão direito à utilização dos serviços, objeto do presente Aditivo, fornecidos pela **CONTRATADA**.

1.3 – Planos: Os **BENEFICIÁRIOS** serão divididos e cadastrados conforme as opções indicadas abaixo:

1.3.1 – Opção 1: Os **BENEFICIÁRIOS** que aderirem aos produtos ONE HEALTH das linhas ONE BLACK T2, ONE BLACK T3, ONE BLACK T4 e ONE BLACK T5 e forem cadastrados pela **CONTRATADA** junto à Central de Atendimento farão jus ao serviço ora contratado sem a cobrança de custo adicional;

1.3.2 – Opção 2: Os **BENEFICIÁRIOS** que aderirem aos produtos ONE HEALTH das linhas ONE LINCX LT3 e ONE LINCX LT4 e forem cadastrados pela **CONTRATADA** junto à Central de Atendimento farão jus ao serviço ora contratado mediante pagamento de valor a ser definido em termo próprio, o qual fará parte integrante do contrato principal de assistência à saúde, bem como do presente Termo Aditivo.

1.4 – Coaching: prática da educação, aconselhamento, orientação e treinamento para promover a saúde e aumentar o bem-estar das pessoas, facilitando que alcancem seus objetivos relacionados à saúde, fornecendo aos beneficiários participantes do Aditivo maiores recursos para realização de mudanças de hábitos, auto-cuidado e auto-monitoramento.

1.5 – Modalidades de Coaching: modo pelo qual o serviço será operacionalizado, que por este instrumento abrangerá – coaching nutricional, coaching gestacional, coaching de atividade física e coaching emocional/psicossocial mediante as especificações estabelecidas na Cláusula 3 – Limites e condições da cobertura do presente Aditivo.

ANEXO III - COACHING EM SAÚDE

1.6 – Central de Atendimento: canal gratuito e exclusivo fornecido pela **CONTRATADA**, para fins de contratação do serviço de coaching bem como, agendamento e demais atendimentos pertinentes ao objeto do presente Aditivo.

2

OBJETO DO SERVIÇO

2.1 – O presente Aditivo tem por objeto a cobertura de despesas relativas à prestação de serviços de coaching (aconselhamento), avaliação e incentivo aos beneficiários nas áreas de assistência nutricional, gestacional, atividade física e emocional (psicossocial), direcionado aos beneficiários titulares do contrato de cobertura de assistência médica e hospitalar ONE HEALTH suprarreferido, assim como aos seus dependentes elegíveis, ambos doravante denominados **BENEFICIÁRIOS**. Os serviços não estarão sujeitos a quaisquer limites de utilização, isto é, os **BENEFICIÁRIOS** poderão entrar em contato com a central de atendimento sem limitação de chamadas.

2.1.1 – A assistência será prestada através de atendimento presencial e telefônico nos termos e limites previstos no presente instrumento jurídico e na abrangência geográfica determinada no CONTRATO, a ser efetivada por profissionais de saúde.

2.1.2 – O atendimento telefônico gratuito estará disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia para fins de agendamento, contudo, o serviço de coaching estará disponível de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto feriados.

2.2 – Os **BENEFICIÁRIOS** deverão formalizar expressamente sua adesão, através do contato com a Central de Atendimento, canal gratuito e exclusivo (0800 28 55 663), qualificando-se a partir de então para o agendamento do primeiro atendimento, que é condição essencial para a realização do coaching.

2.3 – Nas contratações realizadas por pessoas jurídicas, a adesão da empresa deverá necessariamente contemplar todos os Beneficiários (titulares e dependentes) do CONTRATO.

3

DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA COBERTURA

3.1 – Em todas as modalidades de coaching, os **BENEFICIÁRIOS** receberão 1 (uma) ligação telefônica semanal. A frequência dessas ligações será sempre definida entre o **BENEFICIÁRIO** e seu coach, com hora marcada, de acordo com as peculiaridades do caso em questão, podendo a frequência de 1 (uma) ligação semanal ser alterada, após avaliação do coach responsável.

3.1.1 – Fica certo ainda, que os **BENEFICIÁRIOS** poderão entrar em contato com a central de atendimento para aconselhamento sem restrição do número de atendimentos e que os contatos telefônicos serão previamente agendados de acordo com a disponibilidade de participação dos **BENEFICIÁRIOS** e nos termos da cláusula 2.1.2.

3.2 – Para fins deste instrumento, considera-se coaching nutricional a ajuda especializada iniciada através de avaliação clínica pessoal/presencial realizada por profissional de saúde habilitado, em local escolhido a ser definido em comum acordo pelas Partes.

3.2.1 – Após a realização da entrevista de saúde presencial, o coaching nutricional será realizado **exclusivamente por meio de contatos telefônicos periódicos conduzidos por profissional de saúde habilitado**, com o objetivo de acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas e sanar eventuais dúvidas quanto ao plano de ações e hábitos nutricionais.

3.2.2 – Para a participação dos menores de 18 (dezoito) anos, seja presencial ou através de contato telefônico, se fará necessária a autorização, acompanhamento e supervisão de seu responsável legal.

3.3 – Considera-se coaching gestacional a ajuda especializada realizada por enfermeira, através de ligações periódicas e pré-agendadas, com o intuito de acompanhar o processo gestacional e sanar eventuais dúvidas não médicas, que a gestante possua durante esse período.

3.3.1 – Inclui-se no coaching gestacional a avaliação e acompanhamento nutricional, bem como coaching emocional, se necessário.

3.3.2 – Somente serão elegíveis para esta modalidade de assistência, as beneficiárias que possuam planos com segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia inscritas no CONTRATO do qual este é acessório.

ANEXO III - COACHING EM SAÚDE

3.3.3 – Para a participação dos menores de 18 (dezoito) anos, se fará necessária a autorização, acompanhamento e supervisão de seu responsável legal.

3.4 – Considera-se coaching de atividade física a ajuda especializada realizada por profissionais de saúde habilitados, por meio de ligações telefônicas periódicas e pré-agendadas com o intuito de definir metas referentes à prática de atividades físicas.

3.4.1 – A assistência terá início com a elaboração de planos de ação e metas de acordo com as condições físicas de cada indivíduo.

3.4.2 – Para a participação dos menores de 18 (dezoito) anos, se fará necessária a autorização, acompanhamento e supervisão de seu responsável legal.

3.5 – Considera-se coaching emocional (psicossocial) a ajuda especializada por profissionais de saúde habilitados, visando o aconselhamento de problemas de ordem pessoal, de caráter pontual e circunstancial, suficientemente capazes de gerar dor emocional, fundada em questões de cunho psicológico, social e familiar.

3.5.1 – **Não será realizado tratamento ou sessão de terapia através das ligações telefônicas nem atendimento em caso de crise. Caso seja detectada a necessidade de tratamento psicológico ou psiquiátrico, o participante será orientado a procurar ajuda especializada.** A eventual cobertura de assistência psicológica dar-se-á nos termos do **CONTRATO** e nos limites estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, suas diretrizes de utilização e protocolos médicos.

3.5.2 – Estarão habilitados à participação nesta modalidade de assistência, exclusivamente os participantes maiores de 18 (dezoito) anos de idade.

3.6 – As assistências poderão ser prestadas de maneira concomitante ou não, de acordo com a opção dos **BENEFICIÁRIOS**.

3.7 – Apenas haverá atendimento presencial na entrevista de saúde presencial que integra o coaching nutricional, nos termos da cláusula 3.2.2. Nas demais modalidades de coaching não haverá qualquer tipo de atendimento presencial.

4

DA EXCLUSÃO DE COBERTURA

4.1 – Não integram o escopo do serviço de coaching ora contratado, os seguintes procedimentos: consulta clínica, realização de exames físicos, realização e solicitação de exames complementares de diagnóstico, tratamento de doenças e prescrição de medicamentos, orientação em situação de emergência médica.

4.2 – O escopo do Programa objeto do presente Aditivo não comporta, em nenhuma hipótese, a realização de consultas, diagnósticos ou prescrições médicas à distância, através das ligações telefônicas, em consonância com as determinações do Conselho Federal de Medicina.

5

DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA

5.1 – O Aditivo “COACHING EM SAÚDE” terá vigência de 12 (doze) meses, a contar do primeiro pagamento, prorrogáveis automaticamente por iguais períodos.

5.2 – Para fins de extinção do presente Aditivo, fica certo entre as partes que:

5.2.1 – O presente Aditivo será extinto após o término do prazo de vigência;

5.2.2 – O presente Aditivo poderá ser extinto por qualquer das partes, imotivadamente, desde que haja prévia notificação de 15 (quinze) dias à outra parte;

5.2.3 – O presente Aditivo será extinto caso seja extinto o contrato principal de cobertura de assistência médica e hospitalar.

6

DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DAS OBRIGAÇÕES

6.1 – Poderão ser incluídos como beneficiários deste Aditivo, o **BENEFICIÁRIO** titular e seus dependentes incluídos como tais no CONTRATO, com grau de parentesco e dependência econômica em relação ao **BENEFICIÁRIO** titular, conforme descrição abaixo:

- a) esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes;
- b) filhos(as) solteiros(as) naturais, adotivos, enteados e os tutelados na forma da lei, desde que possuam até 48 (quarenta e oito) anos;
- c) filhos(as) inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para a declaração de Imposto de Renda do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

6.2 – Em todos os casos, os **BENEFICIÁRIOS** deverão fornecer à **CONTRATADA** a documentação necessária à boa execução dos serviços, além de manter atualizados seus dados cadastrais ou de informações de qualquer natureza que eventualmente sejam necessárias para prestação dos serviços.

6.3 – Aplicam-se ao Aditivo “COACHING EM SAÚDE” todas as disposições do CONTRATO que não sejam com este instrumento incompatíveis.

7

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 – Prevalecem as condições constantes deste Termo Aditivo, sobre as cláusulas do CONTRATO, sendo que as demais permanecem inalteradas.

7.2 – O presente Termo Aditivo entrará em vigor a partir da data do primeiro pagamento.

ANEXO III - COACHING EM SAÚDE



ANOTAÇÕES