



PREZADO(A) CORRETOR(A),

Com objetivo de facilitar a conferência dos documentos que deverão ser entregues junto com o contrato, foi desenvolvido o checklist abaixo.

Fique atento às documentações obrigatórias constantes na Normativa de Vendas. Desta forma, o contrato será implantado com mais agilidade.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DA EMPRESA

- Formulário de Solicitação de Adesão **empresa** até 99 vidas PJ 011 - O:
 - Preenchida com os dados da empresa cliente, grade com valores dos produtos escolhidos e recibo dos valores pagos e assinada pelo responsável legal da Empresa cliente.
- Formulário de Aditivo de **redução de carências** (Documento de PRC):
 - Preenchido de acordo com as orientações da Normativa de Vendas vigente.
- Cópia do contrato social da Empresa.
- Cópia da listagem de FGTS da empresa (com até 2 meses retroativos).
- Cópia do documento de identificação (com foto e assinatura) do responsável legal da empresa.
- Cópia do cartão CNPJ da empresa.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES

- Formulário de Solicitação de Adesão dos **beneficiários** PJ/011 (ficha dos beneficiários):
 - Preenchida com os dados do titular e seus dependentes, plano escolhido, carta de orientação da ANS e declaração de saúde.
- Comprovante de vínculo empregatício:
 - Listagem de pagamento do FGTS – para funcionários acima de 30 dias na empresa.
 - Cópia da carteira de trabalho, ou folha de registro do empregado – para funcionários com até 30 dias na empresa.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

- Cópia de documentação para comprovar o grau de parentesco com o titular:
 1. **Cônjuge:** Documento de identificação do beneficiário, junto com a Declaração de União Estável, Documento de identificação de filhos em comum ou certidão de casamento.
 2. **Filhos:** Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove o nome do titular como pai/mãe.
 3. **Enteados:** Documento de identificação que comprove a filiação com o cônjuge do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do próprio cônjuge com o titular (vide item 1).
 4. **Pais:** Documento de identificação do beneficiário e do titular, que comprove o parentesco com o titular.
 5. **Irmãos:** Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove os pais em comum com o titular.
 6. **Neto(a):** Certidão de nascimento do beneficiário com o nome do titular como avô(ó) ou documento de identificação que comprove a filiação do beneficiário, junto com o documento de identidade dos pais do beneficiário, comprovando que o beneficiário é filho do filho do titular.
 7. **Bisneto(a):** Certidão de nascimento do beneficiário com o nome do filho do titular como avô(ó), junto com o documento do filho do titular ou documento de identificação que comprove a filiação do beneficiário, junto com o documento de identidade dos pais e dos avós do beneficiário, comprovando que o beneficiário é neto do filho do titular.
 8. **Avós:** Documento de identificação do beneficiário, junto com a Certidão de nascimento do titular onde conste o nome dos avós ou documento de identificação dos pais do titular para comprovação do parentesco.
 9. **Tios:** Documento de identificação do beneficiário com o nome dos seus pais e documento de identificação dos pais do titular, comprovando que o tio possui a mesma filiação dos pais do titular.
 10. **Sobrinhos:** Documento de identificação do beneficiário com o nome dos seus pais e documento de identificação dos pais do beneficiário, onde conste a mesma filiação do titular, comprovando que o sobrinho é filho de irmão do titular.
 11. **Sogro(a):** Documento de identificação que comprove a paternidade do cônjuge do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do próprio cônjuge (vide item 1).
 12. **Genro e Nora:** Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o filho(a) do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do próprio filho(a).
 13. **Padrasto e Madrasta:** Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o pai/mãe do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do pai/mãe.
 14. **Cunhado(a) e concunhado(a):** Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o irmão(a) do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do irmão(a).

--

- Matriz São Paulo - Rua Colômbia, 332 - CEP 01438-000 - CNPJ 29.309.127/0001-79
- Filial Operacional Rio de Janeiro - Av. das Américas, 4.200 - bl. 3 - CEP 22640-102 - CNPJ 29.309.127/0012-21
- Filial Operacional Niterói - Estrada Francisco da Cruz Nunes, 5.803, parte - Itaipu - CEP 24350-310 - CNPJ 29.309.127/0012-21
- Filial Operacional Petrópolis - Rua Dr. Nelson de Sá Earp, 97 - CEP 25680-195 - CNPJ 29.309.127/0078-58
- Filial Operacional Barueri - Av. Cauaxi, 118 - CEP 06454-020 - CNPJ 29.309.127/0116-18
- Filial Operacional Caxias - Rua Conde de Porto Alegre, 119 - CEP 25070-350 - CNPJ 29.309.127/0139-04
- Filial Operacional Belo Horizonte - Av. do Contorno, 7.248 - CEP 30110-047 - CNPJ 29.309.127/0147-14
- Filial Operacional Campinas - Av. Doutor Moraes Sales, 2.531 - CEP 13092-111 - CNPJ 29.309.127/0132-38
- Filial Operacional Olinda - Av. Ministro Marcos Freire, 1.416 (parte) - CEP 53040-010 - CNPJ 29.309.127/0167-68
- Filial Operacional Ceará - Av. Barão de Studart, 2.441, sala 202 - Edifício Forma V - Aldeota, Fortaleza, Ceará - CEP 60120-002 - CNPJ 29.309.127/0148-03

Data de vigência/ Vencimento
____/____/____

Para qualquer informação, ligue SAC: 0800-021-3663

Cód. do Produtor CNPJ	Nome do Produtor CNPJ	Cód. do Gerente/ Supervisor	Nome do Gerente (Supervisor)
CPF do Produtor	Nome do Produtor CPF	Telefone do Corretor	

Dados da Empresa Contratante*

CNPJ	Porte <input type="checkbox"/> I (de 2 a 29 beneficiários) <input type="checkbox"/> II (de 30 a 99 beneficiários)
Razão Social	
Continuação (Razão Social)	
Nome Fantasia	
Inscrição Estadual*	Inscrição Municipal*

Contato*

Nome	Cargo	
DDD	Telefone	E-mail*

Endereço (CNPJ)*

CEP	Logradouro	
Logradouro (continuação)	Número	Complemento
Bairro	Município	UF

*Todos os dados são de preenchimento obrigatório. Incluindo e-mail e inscrição municipal.

Telefones*

DDD	Telefone (empresa)	DDD	Telefone (cobrança)	DDD	Telefone (celular)

Local e Data

Rubrica do Responsável

1ª via: ONE; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.

Endereço para Correspondência*

CEP	Logradouro		
Logradouro (continuação)	Número	Complemento	
Bairro	Município	UF	

*Todos os dados são de preenchimento obrigatório. Incluindo e-mail e inscrição municipal.

Produtos Contratados - Assistência Médica - Sem Coparticipação - Com Obstetrícia

Faixa Etária	Referência ANS 466032113		<input type="checkbox"/> Declaro haver recusado a oferta do Plano Referência.
	Segmentação: Referência (Amb. + Hosp. com Obstetrícia) Acomodação: Quarto Coletivo Abrangência: Nacional		
	Nº	Valor	
00 a 18			
19 a 23			
24 a 28			
29 a 33			
34 a 38			
39 a 43			
44 a 48			
49 a 53			
54 a 58			
> 59			

Local e Data

Rubrica do Responsável

1ª via: ONE; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.

Faixa Etária
00 a 18
19 a 23
24 a 28
29 a 33
34 a 38
39 a 43
44 a 48
49 a 53
54 a 58
> 59

ONE Black (T2) ANS 462852107	
Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional	
Nº	Valor

ONE Black (T3) ANS 462852107	
Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional	
Nº	Valor

Faixa Etária
00 a 18
19 a 23
24 a 28
29 a 33
34 a 38
39 a 43
44 a 48
49 a 53
54 a 58
> 59

ONE Black (T4) ANS 462852107	
Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional	
Nº	Valor

ONE Black (T5) ANS 462852107	
Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional	
Nº	Valor

Local e Data

Rubrica do Responsável

1ª via: ONE; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.

--

Resumo de Valores (R\$)		
Total Plano Médico	Taxa de Cadastro	Valor Total

Recibo da 1ª fatura

Recebi da **Contratante** a importância de R\$ _____, através do cheque nº _____, do banco nº _____, agência nº _____, conta-corrente nº _____, referente ao pagamento da primeira fatura dos planos contratados.

_____, _____ de _____ de 20 _____.

Concordo com as seguintes informações adicionais:

- ▶ a data de vigência deste contrato será a data que está informada no início da folha 1 deste documento e a data de vencimento das faturas acompanhará o mesmo dia do mês desta vigência;
- ▶ período de movimentação cadastral, para efeito de faturamento, do dia _____ ao dia _____ de cada mês;
- ▶ código de PRC - Aditivo de Redução de Carência: _____.

Tenho ciência de que a vigência do contrato deverá sempre ser posterior a 10 (dez) dias da data da entrega de toda a documentação.

Forma de pagamento*

<input type="checkbox"/> Lâminas Mensais	<input type="checkbox"/> Débito Automático	Nome do Banco	Banco nº
Agência nº		Conta-corrente nº	

***Verifique com seu consultor Bancos Conveniados. Necessário que a conta para débito automático seja conta PJ da empresa**

Estou ciente e autorizo a cobrança através de meio eletrônico. Não autorizo.

Local e Data Rubrica do Responsável

1ª via: ONE; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.

ANS - nº 326305

Declaração e termo de responsabilidades específicas – ONE

Declaro para todos os fins e efeitos que: ❶ tenho ciência das condições gerais e estou de acordo com elas, até mesmo quanto aos prazos de carência constantes, não tendo qualquer dúvida com relação à sua aplicação, cabendo à ONE estabelecer as reduções desses prazos; ❷ tenho ciência de que a redução ou isenção dos prazos de carência não altera as coberturas do contrato, permanecendo inalteradas as exclusões e limitações de cobertura expressas no contrato; ❸ assumo a responsabilidade das declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, e, na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos nesta proposta, assumo como devedor e principal pagador a obrigação pelo pagamento das demais obrigações integrantes do plano que agora subscrevo; ❹ tenho conhecimento de que a proposta deverá ser protocolada na ONE até 72 horas da data de sua assinatura; ❺ tenho ciência de que este documento e suas cópias não poderão ter rasuras, motivo pelo qual sei que a ONE poderá não aceitá-lo, sendo motivo para preenchimento de nova proposta de contratação; ❻ tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano ONE Referência, quarto coletivo, com abrangência Nacional, e que ele a mim foi oferecido, sendo minha a opção pela contratação do plano a que se refere esta proposta; ❼ estou ciente de que, independentemente dos reajustes previstos no contrato PJ 011 - O, haverá adequação automática dos valores contratados, a qualquer tempo, quando houver alteração dos portes da empresa, que são Porte I, de 2 a 29 beneficiários, Porte II, de 30 a 99 beneficiários; ❽ tenho ciência de que 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 mídia digital; ❾ estou ciente de que será de responsabilidade da ONE o envio ao beneficiário titular do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou mídia digital, junto com o cartão de identificação.

O vencimento da segunda mensalidade ocorrerá 30 (trinta) dias após a data da vigência do contrato.

Nome, data e assinatura do corretor

_____, _____ de _____ de 20_____.

ONE

Assinatura do Responsável

1ª via: ONE; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.

OBJETO

O Presente aditivo é parte integrante da Proposta Contratual e visa conceder novas carências em substituição às estabelecidas no contrato **ONE PJ 011 - O**.

Neste documento encontram-se relacionados os prazos para início da cobertura para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade em caso de doenças ou lesões preexistentes (Cobertura Parcial Temporária – CPT) apontadas na Declaração de Saúde de cada beneficiário.

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, com idade até 58 (cinquenta e oito) anos, inclusive, inscritos na Proposta Contratual, observados os **planos escolhidos e as faixas etárias**, as quais estão expressas nas **Normas de Vendas e Tabela de Vendas vigentes (disponíveis no site www.onehealth.com.br)**.

DOCUMENTAÇÃO

Após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas de Vendas vigentes, a ONE remeterá os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência e os prazos para início das coberturas para doenças e lesões preexistentes (CPT).

- Carência Contratual:** Beneficiários que não possuam plano anterior; com idade superior a 58 anos; portador de doença ou lesão preexistente; plano anterior com esta empresa excluído por inadimplência ou cancelados.
- PRC PJ 300:** Válido para beneficiários que não possuem doença ou lesão preexistente, oriundos de operadoras e/ou seguradoras com planos cuja rede de prestadores **não seja compatível** com a rede dos Produtos ONE (Hospitais e Laboratórios) com tempo de permanência superior a 12 meses, e não estejam a mais de 60 dias de inadimplência.
- PRC PJ 301:** Válido para beneficiários que não possuem doença ou lesão preexistente, oriundos de operadoras e/ou seguradoras com planos cuja rede de prestadores **seja compatível** com a rede dos Produtos ONE (Hospitais e Laboratórios) com tempo de permanência superior a 12 meses, e não estejam a mais de 60 dias de inadimplência.

Estou ciente de que podem ser solicitadas informações, relatórios médicos, laudos de exames complementares para esclarecimentos adicionais às informações prestadas pelos beneficiários na Declaração de Saúde. Até o esclarecimento final, o contrato não estará ativo.

A redução de carência será dada por beneficiário.

O PRC será aplicado após a análise da documentação entregue a ONE.

Este aditivo somente será aplicado para beneficiários clientes de empresas congêneres. Não é válido para beneficiários com contratos ativos na Amilpar.

GRUPO DE BENEFÍCIOS Carência sem doença preexistente	CARÊNCIA CONTRATUAL	ONE PJ 300	ONE PJ 301
1. Consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 dias	1 dia	1 dia
2. Exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias	1 dia	1 dia
3. Exames e procedimentos especiais – em caráter ambulatorial, exceto:	180 dias	30 dias	1 dia
a) EDA, endoscopia respiratória e urológica;	180 dias	30 dias	1 dia
b) Exames de ultrassonografia;	180 dias	30 dias	1 dia

ANS - nº 326305

Rubrica

1ª via: ONE; 2ª via: contratante.

GRUPO DE BENEFÍCIOS Carência sem doença preexistente	CARÊNCIA CONTRATUAL	ONE PJ 300	ONE PJ 301
c) Exames de: tomografia, neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e ressonância magnética;	180 dias	30 dias	1 dia
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 dias	60 dias	1 dia
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 dias	30 dias	1 dia
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 dias	60 dias	1 dia
g) Quimioterapia e radioterapia;	180 dias	90 dias	1 dia
h) Procedimentos para litotripsia;	180 dias	60 dias	1 dia
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 dias	60 dias	1 dia
j) Artroscopia;	180 dias	60 dias	1 dia
k) Diálise ou hemodiálise;	180 dias	60 dias	1 dia
l) Hemoterapia;	180 dias	30 dias	1 dia
m) Tratamento hiperbárico;	180 dias	30 dias	1 dia
n) Cirurgias em regime de <i>day hospital</i> – (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 dias	60 dias	1 dia
4. Internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 dias	60 dias	1 dia
5. Internações para obstetrícia e neonatologia.	300 dias	300 dias	300 dias

Vigência da CPT - Cobertura Parcial Temporária - para Doenças Preexistentes	CARÊNCIA CONTRATUAL	CPT PRC 300	CPT PRC 301
Estarão sujeitos à CPT as internações cirúrgicas, os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS – RN 262.	24 meses	24 meses	24 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses	24 meses

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular/responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura ONE

Assinatura do corretor

Assinatura do Responsável

1ª via: ONE; 2ª via: contratante.

--

- Matriz São Paulo - Rua Colômbia, 332 - CEP 01438-000 - CNPJ 29.309.127/0001-79
- Filial Operacional Rio de Janeiro - Av. das Américas, 4.200 - bl. 3 - CEP 22640-102 - CNPJ 29.309.127/0012-21
- Filial Operacional Niterói - Estrada Francisco da Cruz Nunes, 5.803, parte - Itaipu - CEP 24350-310 - CNPJ 29.309.127/0012-21
- Filial Operacional Petrópolis - Rua Dr. Nelson de Sá Earp, 97 - CEP 25680-195 - CNPJ 29.309.127/0078-58
- Filial Operacional Barueri - Av. Cauaxi, 118 - CEP 06454-020 - CNPJ 29.309.127/0116-18
- Filial Operacional Caxias - Rua Conde de Porto Alegre, 119 - CEP 25070-350 - CNPJ 29.309.127/0139-04
- Filial Operacional Belo Horizonte - Av. do Contorno, 7.248 - CEP 30110-047 - CNPJ 29.309.127/0147-14
- Filial Operacional Campinas - Av. Doutor Moraes Sales, 2.531 - CEP 13092-111 - CNPJ 29.309.127/0132-38
- Filial Operacional Olinda - Av. Ministro Marcos Freire, 1.416 (parte) - CEP 53040-010 - CNPJ 29.309.127/0167-68
- Filial Operacional Ceará - Av. Barão de Studart, 2.441, sala 202 - Edifício Forma V - Aldeota, Fortaleza, Ceará - CEP 60120-002 - CNPJ 29.309.127/0148-03

Data de vigência/ Vencimento
____/____/____

Para qualquer informação, ligue SAC: 0800-021-3663

Cód. do Produtor CNPJ	Nome do Produtor CNPJ	Cód. do Gerente/ Supervisor	Nome do Gerente (Supervisor)
CPF do Produtor	Nome do Produtor CPF	Telefone do Corretor	

Dados da Empresa Contratante*

CNPJ	Porte
	<input type="checkbox"/> I (de 2 a 29 beneficiários) <input type="checkbox"/> II (de 30 a 99 beneficiários)
Razão Social	
Continuação (Razão Social)	
Nome Fantasia	
Inscrição Estadual*	Inscrição Municipal*

Contato*

Nome	Cargo	
DDD	Telefone	E-mail*

Endereço (CNPJ)*

CEP	Logradouro	
Logradouro (continuação)	Número	Complemento
Bairro	Município	UF

*Todos os dados são de preenchimento obrigatório. Incluindo e-mail e inscrição municipal.

Telefones*

DDD	Telefone (empresa)	DDD	Telefone (cobrança)	DDD	Telefone (celular)

Local e Data

Rubrica do Responsável

ANS - nº 326305

Endereço para Correspondência*

CEP	Logradouro		
Logradouro (continuação)	Número	Complemento	
Bairro	Município	UF	

*Todos os dados são de preenchimento obrigatório. Incluindo e-mail e inscrição municipal.

Produtos Contratados - Assistência Médica - Sem Coparticipação - Com Obstetrícia

Faixa Etária	Referência ANS 466032113		<input type="checkbox"/> Declaro haver recusado a oferta do Plano Referência.
	Segmentação: Referência (Amb. + Hosp. com Obstetrícia) Acomodação: Quarto Coletivo Abrangência: Nacional		
	Nº	Valor	
00 a 18			
19 a 23			
24 a 28			
29 a 33			
34 a 38			
39 a 43			
44 a 48			
49 a 53			
54 a 58			
> 59			

Local e Data

Rubrica do Responsável

Faixa Etária
00 a 18
19 a 23
24 a 28
29 a 33
34 a 38
39 a 43
44 a 48
49 a 53
54 a 58
> 59

ONE Black (T2) ANS 462852107	
Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional	
Nº	Valor

ONE Black (T3) ANS 462852107	
Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional	
Nº	Valor

Faixa Etária
00 a 18
19 a 23
24 a 28
29 a 33
34 a 38
39 a 43
44 a 48
49 a 53
54 a 58
> 59

ONE Black (T4) ANS 462852107	
Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional	
Nº	Valor

ONE Black (T5) ANS 462852107	
Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional	
Nº	Valor

Local e Data

Rubrica do Responsável

ANS - nº 326305

--

Resumo de Valores (R\$)		
Total Plano Médico	Taxa de Cadastro	Valor Total

Recibo da 1ª fatura

Recebi da **Contratante** a importância de R\$ _____, através do cheque nº _____, do banco nº _____, agência nº _____, conta-corrente nº _____, referente ao pagamento da primeira fatura dos planos contratados.

_____, _____ de _____ de 20 _____.

Concordo com as seguintes informações adicionais:

- ▶ a data de vigência deste contrato será a data que está informada no início da folha 1 deste documento e a data de vencimento das faturas acompanhará o mesmo dia do mês desta vigência;
- ▶ período de movimentação cadastral, para efeito de faturamento, do dia _____ ao dia _____ de cada mês;
- ▶ código de PRC - Aditivo de Redução de Carência: _____.

Tenho ciência de que a vigência do contrato deverá sempre ser posterior a 10 (dez) dias da data da entrega de toda a documentação.

Forma de pagamento*

<input type="checkbox"/> Lâminas Mensais	<input type="checkbox"/> Débito Automático	Nome do Banco	Banco nº
Agência nº		Conta-corrente nº	

***Verifique com seu consultor Bancos Conveniados. Necessário que a conta para débito automático seja conta PJ da empresa**

Estou ciente e autorizo a cobrança através de meio eletrônico. Não autorizo.

Local e Data Rubrica do Responsável

Declaração e termo de responsabilidades específicas – ONE

Declaro para todos os fins e efeitos que: ❶ tenho ciência das condições gerais e estou de acordo com elas, até mesmo quanto aos prazos de carência constantes, não tendo qualquer dúvida com relação à sua aplicação, cabendo à ONE estabelecer as reduções desses prazos; ❷ tenho ciência de que a redução ou isenção dos prazos de carência não altera as coberturas do contrato, permanecendo inalteradas as exclusões e limitações de cobertura expressas no contrato; ❸ assumo a responsabilidade das declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, e, na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos nesta proposta, assumo como devedor e principal pagador a obrigação pelo pagamento das demais obrigações integrantes do plano que agora subscrevo; ❹ tenho conhecimento de que a proposta deverá ser protocolada na ONE até 72 horas da data de sua assinatura; ❺ tenho ciência de que este documento e suas cópias não poderão ter rasuras, motivo pelo qual sei que a ONE poderá não aceitá-lo, sendo motivo para preenchimento de nova proposta de contratação; ❻ tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano ONE Referência, quarto coletivo, com abrangência Nacional, e que ele a mim foi oferecido, sendo minha a opção pela contratação do plano a que se refere esta proposta; ❼ estou ciente de que, independentemente dos reajustes previstos no contrato PJ 011 - O, haverá adequação automática dos valores contratados, a qualquer tempo, quando houver alteração dos portes da empresa, que são Porte I, de 2 a 29 beneficiários, Porte II, de 30 a 99 beneficiários; ❽ tenho ciência de que 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 mídia digital; ❾ estou ciente de que será de responsabilidade da ONE o envio ao beneficiário titular do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou mídia digital, junto com o cartão de identificação.

O vencimento da segunda mensalidade ocorrerá 30 (trinta) dias após a data da vigência do contrato.

Nome, data e assinatura do corretor

_____, _____ de _____ de 20_____.

ONE

Assinatura do Responsável

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA – 011 O

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	▶ QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....	1
2	▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE	1
3	▶ NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....	2
4	▶ TIPO DE CONTRATAÇÃO	3
5	▶ SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	4
6	▶ ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	4
7	▶ ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	4
8	▶ PADRÃO DE ACOMODAÇÃO.....	5
9	▶ ATRIBUTOS DO CONTRATO	5
10	▶ CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	6
11	▶ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	9
12	▶ EXCLUSÕES DE COBERTURA	19
13	▶ DURAÇÃO DO CONTRATO	21
14	▶ PERÍODOS DE CARÊNCIAS.....	22
15	▶ DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	23
16	▶ ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	26
17	▶ ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	28
18	▶ MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	32
19	▶ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	39
20	▶ REAJUSTE	41
21	▶ FAIXAS ETÁRIAS.....	45
22	▶ REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO	46
23	▶ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	51
24	▶ RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	52
25	▶ DISPOSIÇÕES GERAIS.....	54
26	▶ ELEIÇÃO DE FORO	57
	▶ ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR	58
	▶ ANEXO II – ADITIVO AMIL RESGATE SAÚDE.....	92

1

CLÁUSULA PRIMEIRA

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1 – Amil Assistência Médica Internacional S.A., classificada como Medicina de Grupo registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 32.630-5, qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

1.2 – Este contrato é específico para comercialização dos produtos da LINHA ONE HEALTH.

2

CLÁUSULA SEGUNDA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

2.1 – A CONTRATANTE é a pessoa jurídica qualificada e identificada conforme dados constantes na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual, e que mantém na condição de **BENEFICIÁRIOS** a população que com ela mantém vínculo de caráter empregatício ou estatutário, definidos nos termos da cláusula 10.2.

2.2 – A CONTRATANTE deve incluir, na data de início da vigência deste contrato, no mínimo 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS** entre titulares e dependentes e até o máximo de 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, sendo esta quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

2.3 – É BENEFICIÁRIO titular a pessoa habilitada como tal na Proposta Contratual ou que venha a ser incluída posteriormente, que mantenha com a **CONTRATANTE** relação empregatícia ou estatutária, de acordo com as condições previstas neste contrato.

2.4 – É BENEFICIÁRIO dependente a pessoa vinculada ao **BENEFICIÁRIO** titular, tal como definido na cláusula 10, deste contrato.

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

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

3.1 – Os planos **ONE HEALTH**, indicados a seguir, asseguram a cobertura de custos de despesas médicas e hospitalares na rede credenciada, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** ou através de reembolso, de acordo com o plano escolhido pela **CONTRATANTE**, no momento da assinatura da Proposta Contratual.

3.2 – A escolha do plano será feita exclusivamente entre os planos oferecidos na Proposta Contratual, e Tabela de Vendas vigente na região de atuação correspondente ao endereço da **CONTRATANTE**, selecionados entre as seguintes opções:

3.2.1 – Plano REFERÊNCIA:

Plano **AMIL REFERÊNCIA**, segmentação assistencial Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de quarto coletivo), rede credenciada do orientador médico **AMIL REFERÊNCIA NACIONAL** com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto coletivo, não havendo previsão de nenhuma modalidade de reembolso. **O plano AMIL REFERÊNCIA sujeita-se aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, nos termos da cláusula 18.4.1.**

3.2.2 – Planos **ONE HEALTH**:

a) Plano ONE Black (T2), segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **ONE HEALTH**, abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com direito a acompanhante, **com coparticipação**, com reembolso de múltiplos da Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso – até sete (7) vezes para consultas e atendimento em pronto-socorro, até três (3) vezes para exames e procedimentos ambulatoriais e até sete (7) vezes para honorários médicos cirúrgicos de internação.

b) Plano ONE Black (T3), segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **ONE HEALTH**, abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com direito a acompanhante, **com coparticipação**, com reembolso de múltiplos da Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso – até dez (10) vezes para consultas e atendimento em pronto-socorro, até cinco (5) vezes para exames e procedimentos ambulatoriais e até nove (9) vezes para honorários médicos cirúrgicos de internação.

- c) **Plano ONE Black (T4)**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **ONE HEALTH**, abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com direito a acompanhante, **com coparticipação**, com reembolso de múltiplos da Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso – até doze (12) vezes para consultas e atendimento em pronto-socorro, até cinco (5) vezes para exames e procedimentos ambulatoriais e até quatorze (14) vezes para honorários médicos cirúrgicos de internação.
- d) **Plano ONE Black (T5)**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **ONE HEALTH**, abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com direito a acompanhante, **com coparticipação**, com reembolso de múltiplos da Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso – até dezesseis (16) vezes para consultas e atendimento em pronto-socorro, até cinco (5) vezes para exames e procedimentos ambulatoriais e até vinte (20) vezes para honorários médicos cirúrgicos de internação.

3.3 – O valor do reembolso é calculado em função dos multiplicadores definidos no plano escolhido, que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso e obedecerão às normas estabelecidas na cláusula que trata de Acesso à Livre Escolha de Prestadores.

3.4 – O número de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS de cada Plano **ONE HEALTH** consta descrito na Proposta Contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

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, definido nos termos da cláusula 10.2.

5

CLÁUSULA QUINTA

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

5.1 – A segmentação assistencial dos planos incluídos neste contrato segue as alternativas previstas na legislação vigente e as especificações contidas na cláusula que trata de nome comercial e número de registro de plano na ANS, estabelecidos no item 3.2.:

- a) Segmentação Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria).
- b) Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

6

CLÁUSULA SEXTA

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1 – Com base na Lei nº 9.656/98 e regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada, na abrangência geográfica especificada para o plano listado na Cláusula Terceira, em consonância com a classificação estabelecida na legislação vigente

6.2 – A **CONTRATADA** fornecerá Orientador Médico de cada plano com a lista de todos os prestadores (médicos, clínicas, laboratórios e hospitais), com os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas.

7

CLÁUSULA SÉTIMA

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

7.1 – As áreas de comercialização dos planos **ONE HEALTH** são somente aquelas onde a **CONTRATADA** tem filiais operacionais ou sede com área de atuação na região, distribuídos no território nacional para os produtos comercializados vigentes na época da contratação.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

8.1 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito, em caso de internação hospitalar, à cobertura para acomodação coletiva enfermaria, no caso de opção pelo plano REFERÊNCIA, ou privativa (quarto individual ou apartamento) de acordo com o plano contratado.

8.1.1 – Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor 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, se tornará direta e unicamente o 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.

ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1 – A **CONTRATADA**, 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 de Procedimentos e suas diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na época do evento para tratamento de todas as doenças listadas na 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 pelo sistema de livre escolha, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente, e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

9.2 – O presente Contrato de Cobertura de Custos Médicos e Hospitalares reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato 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, assumindo o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la ou em razão de o evento não constar do Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente.

9.3 – Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e regulamentação setorial vigente, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

10

CLÁUSULA DÉCIMA

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

10.1.1 – À **CONTRATADA** é concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da Proposta Contratual ou da Solicitação de Inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, para proceder à aceitação desta proposta contratual ou da referida inclusão de **BENEFICIÁRIOS** prevalecendo, após a aceitação, a data de inclusão indicada na solicitação mencionada.

10.2 – Poderão ser incluídos como **BENEFICIÁRIOS**, as seguintes pessoas físicas que mantenham vínculo com a **CONTRATANTE**:

- I – a população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária;
- II – os sócios da pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- III – os administradores da pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- 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 **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998.

10.2.1 – São considerados **BENEFICIÁRIOS** dependentes, com relação ao **BENEFICIÁRIO** titular, podendo ser incluídos apenas no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO** titular, as seguintes pessoas:

- a) Esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes, respeitado o conceito de família previsto no artigo 226, parágrafo 3º da Constituição da República Federativa do Brasil.
- b) Os(as) filhos(as) com idade de até 58 (cinquenta e oito) anos já completos.

10.2.2 – São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, menores adotados judicialmente, os enteados e os tutelados, na forma da lei.

10.3 – Em caso de inscrição pelo **BENEFICIÁRIO**, de filho(s) natural(is) nascido(s) sob a cobertura da **CONTRATADA** ou de filho(s) adotivo(s), menor(es) de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO**.

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

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

10.4 – Todos os **BENEFICIÁRIOS** preencherão a Proposta Contratual e a Declaração de Saúde.

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

- a) Os dependentes para serem incluídos no contrato dependerão da participação do **BENEFICIÁRIO** titular no plano de assistência à saúde.
- b) Sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e **BENEFICIÁRIOS**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá solicitar à **CONTRATANTE** a qualquer tempo, os documentos comprobatórios de vínculo trabalhista, tais como, porém

não limitados somente a estes: a Carteira Profissional e/ou CAGED, cadastro de inscrição no FGTS, os documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes, certidão de sentença de adoção, entre outros cabendo à **CONTRATANTE**, em 48 (quarenta e oito) horas, enviar à **CONTRATADA** os documentos solicitados.

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

10.6.1 – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** terá valor sem a prévia autorização escrita da **CONTRATANTE**, aprovada pela **CONTRATADA**.

10.6.2 – A **CONTRATANTE** se obriga a informar à **CONTRATADA** e promover as respectivas exclusões e inclusões 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.

10.6.3 – O **BENEFICIÁRIO** incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano escolhido, a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que o tiver incluído, devendo ser observados os prazos de carência estipulados na cláusula das Carências.

10.6.4 – As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão o previsto neste contrato e seus termos aditivos.

10.6.4.1 – Não serão permitidas inclusões de **BENEFICIÁRIOS** que estejam cumprindo aviso prévio ou que não comprovem o vínculo de elegibilidade com a **CONTRATANTE**.

10.6.4.2 – 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.

10.6.4.3 – Para fins de movimentação cadastral, esta poderá, ainda, ser feita através do 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.

10.6.4.4 – Na hipótese de movimentação cadastral eletrônica, e para este 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**, através do detentor da mencionada senha, se responsabiliza por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

10.6.5 – 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 pelo fornecimento dessa documentação.

10.6.6 – As exclusões cadastrais somente serão autorizadas em casos de demissão, falecimento, separação e a perda das condições de elegibilidade, as quais 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 à mesma dos custos incorridos.

10.6.7 – No caso de extinção automática do contrato ou este encontrar-se aguardando o decurso do prazo da denúncia prévia para sua extinção, não será permitida qualquer movimentação cadastral até o efetivo cancelamento do mesmo.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1 – A cobertura se dará nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as disposições previstas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento, sendo certo, ainda, que essa cobertura, desde que realizada nos limites do contrato, é assegurada independentemente do local de origem do evento.

11.1.1 – 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.

11.1.2 – Para o Plano 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, a ser realizada exclusivamente na rede credenciada ONE HEALTH.

11.1.3 – Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica para os mesmos.

A – PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

11.2 – 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.

11.3 – A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- c) Radioterapia, incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente para ambas as segmentações: ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia ambulatorial;
- e) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

B – Serviços complementares de diagnóstico e tratamentos

11.4 – 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 de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e 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:

11.4.1 – Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

11.4.2 – Cobertura para psicoterapia, de acordo como número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

11.4.3 – Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

11.4.4 – Os **BENEFICIÁRIOS** deste contrato terão direito à cobertura para os custos 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.

C – INTERNAÇÕES HOSPITALARES

11.5 – A **CONTRATADA** garante ao **BENEFICIÁRIO**, desde que solicitado pelo médico assistente, observadas as demais condições deste contrato, aqui incluída a previsão no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

11.5.1 – Na cobertura das internações de caráter de urgência e/ou emergência o **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável fará comunicar à Central de Relacionamento **ONE HEALTH**, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato.

11.5.2 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas pela **CONTRATADA** até 5 (cinco) dias úteis antes da data da internação.

11.5.3 – A cobertura de internações hospitalares, conforme 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 de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que se encontra definido e listado em Resolução Normativa e suas atualizações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

11.5.4 – A cobertura de 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.

11.5.5 – A cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico.

11.5.5.1 – A cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos, passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar incluindo exames complementares, fornecimento de medicamentos anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante a internação.

11.5.5.2 – Caracteriza-se por imperativo clínico os atos que se impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

11.5.5.3 – O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo a responsabilidade pelos atos praticados.

11.5.5.4 – Estão excluídos, desta cobertura, os honorários com cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução destes procedimentos odontológicos.

11.5.6 – A cobertura para 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 de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- c) Radioterapia, incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente para ambas as segmentações: ambulatorial e hospitalar.
- d) Hemoterapia.
- e) Nutrição parenteral ou enteral.
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.
- h) Radiologia intervencionista.
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

11.5.7 – 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).

11.5.8 – A cobertura de despesas relativas a um acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (durante o trabalho de parto e pós-parto imediato), e os portadores de necessidades especiais, estes últimos mediante indicação do médico assistente.

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

11.5.8.2 – A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48 (quarenta e oito) horas, podendo estender-se por até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

11.5.9 – A cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, constantes na Resolução Normativa e suas atualizações (Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)), 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.

11.5.10 – A cobertura de custos de honorários médicos credenciados ou através de reembolso, de acordo com os termos e condições do contrato.

11.5.11 – A cobertura dos custos dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.

11.5.12 – A cobertura para leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento.

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

11.5.14 – A cobertura dos custos de cirurgia plástica reconstrutiva de mama utilizando todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização dessa técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.

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

11.5.16 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito à cobertura de próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente – ANVISA, quando ligados exclusivamente ao ato cirúrgico, utilizados e necessários a realização do ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação, estabelecidos na cláusula 18.3.6.

11.5.17 – A cobertura dos custos dos transplantes, previstos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica descrita no orientador médico **ONE HEALTH** para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá nenhuma cobertura para transplante não previsto no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou realizado fora da rede credenciada específica.

11.5.17.1 – Estão cobertos neste contrato os transplantes de rins, córnea, medula, fígado, pâncreas, coração e pulmão para os Planos ONE BLACK T2, ONE BLACK T3, ONE BLACK T4 e ONE BLACK T5, de acordo com o Rol de Procedimentos vigente à época do evento.

11.5.17.2 – Entende-se como despesas a serem cobertas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante.
- b) O custeio dos medicamentos utilizados durante a internação.
- c) A cobertura para acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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

11.5.17.4 – Os **BENEFICIÁRIOS**, candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislações específicas, 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.

11.5.18 – Fica assegurada a cobertura para remoção do **BENEFICIÁRIO**, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, desde que comprovadamente necessária e após prévia autorização da **CONTRATADA**. Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para hospital.

11.5.19 – 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

11.6 – 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 de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 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.

11.6.1 – 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, cumprida a carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo ou 180 (cento e oitenta) dias para situações obstétricas de urgência. Não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

11.6.2 - A continuidade da cobertura de atendimento após o 30º (trigésimo) dia do nascimento, somente será devida quando:

- a) o recém-nascido filho do titular for incluído no plano do mesmo;
- b) o recém-nascido filho do dependente do titular for incluído em um plano pessoa física, respeitando-se as condições comerciais vigentes à época desta contratação;
- c) nas duas situações as inclusões só serão aceitas se realizadas no período de até 30 (trinta) dias após o nascimento.

E – DO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

11.7 – 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 de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 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.

No regime ambulatorial estão cobertos:

11.8 – Atendimentos 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 em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

11.8.1 – Atendimentos à psicoterapia, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.

11.8.2 – Considera-se para a situação acima 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 de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do fato.

11.8.3 – 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:

11.9 – As internações em hospital-dia para transtornos mentais que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato, pelo Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

11.9.1 – O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação por ano em hospital psiquiátrico, ou em unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica, será realizado nos mesmos moldes das demais internações, sendo aplicáveis franquia e coparticipação quando houver essa previsão contratual.

11.9.2 – Após os 30 (trinta) dias de internação, caberá ao **CONTRATANTE** arcar com coparticipação de 50% (cinquenta por cento) das despesas médico-hospitalares, conforme estabelecido na legislação vigente.

11.9.3 – A cobertura de internações em hospital-dia para transtornos mentais é definida como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, com programas de atenção e cuidados multiprofissionais, visando à substituição da internação convencional, de acordo com as Diretrizes de Utilização vigentes publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

12

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1 – Este contrato NÃO PREVÊ 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:

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

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

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

12.1.4 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

12.1.4.1 – 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 na bula/manual registrados na ANVISA.

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

12.1.6 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como medicamentos, próteses e órteses não nacionalizadas ou não reconhecidas pela ANVISA.

12.1.7 – Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.

12.1.8 – 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.

12.1.9 – Inseminação artificial, entendida 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 intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária de zigoto entre outras técnicas.

12.1.10 – Transplantes, exceto os transplantes de rins, córnea, medula, fígado, pâncreas, coração e pulmão para os Planos **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.

12.1.11 – 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.

12.1.12 – 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 de urgência e emergência).

12.1.13 – Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC).

12.1.14 – Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), e os ministrados em regime domiciliar, de acordo com o Artigo 10, VI, da Lei nº 9.656/98.

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

12.1.16 – Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

12.1.17 – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

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

12.1.19 – Todos e quaisquer procedimentos não constantes ou não realizados nos termos do previsto no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

VIGÊNCIA DO CONTRATO

13.1 – O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data da sua assinatura.

13.2 – O contrato tem renovação automática e por prazo indeterminado, a partir do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

13.3 – A data do início da vigência será a data da assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II da Lei nº 9.656/98.

13.3.1 – As partes **CONTRATANTES** podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até o início não tenha havido nenhum pagamento.

PERÍODOS DE CARÊNCIAS

14.1 – Carência é o período ininterrupto durante o qual o **BENEFICIÁRIO** não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária – CPT, correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

14.2 – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, e enquanto 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 contratante. Após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, a inclusão de beneficiários ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência.

14.3 – A observância das carências será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecidos 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, após a assinatura do contrato, sendo que:
 - a.1) No Plano de Segmentação Referência, a cobertura será integral após este período, nos termos da legislação vigente.
 - a.2) No Plano de Segmentação Hospitalar com obstetrícia, a cobertura será integral após este período para as urgências decorrentes de acidente pessoal e para as complicações do processo gestacional. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.
 - a.3) 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 cobertura 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 custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos.
- e) 300 (trezentos) dias para cobertura dos custos de parto a termo.

15

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

15.2 – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, e enquanto mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de cláusula de agravo 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 **CONTRATANTE**.

15.3 – No momento da adesão contratual, 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 da assinatura 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 art. 13 da Lei nº 9.656 de 1998.

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

15.5 – 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 **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o mesmo.

15.6 – 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 desta entrevista.

15.7 – A entrevista qualificada não é obrigatória, sendo uma opção do cliente, 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 consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

15.8 – 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 preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências em relação à sua omissão.

15.9 – Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do **BENEFICIÁRIO** a existência de doenças ou lesões preexistentes, a **CONTRATADA** oferecerá a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

15.10 – Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes, contados da inclusão do **BENEFICIÁRIO**, da cobertura para procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidade Coronariana, Unidade Intermediária e outros) e procedimentos de alta complexidade (PAC), assim definidos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

15.10.1 – 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, de 1998.

15.10.2 – Caso ocorra uma urgência ou emergência durante o período de CPT, haverá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do contrato, somente para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, independentemente da segmentação do plano, estando, portanto, excluídas, entre outras, a internação e todos os procedimentos do 15.9.

15.10.3 – A Cobertura Parcial Temporária – CPT não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato e vice-e-versa.

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

15.12 – Sendo constatado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de Doenças e/ou Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, a **CONTRATADA** comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação através de Termo de Comunicação, conforme legislação vigente.

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

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

15.13 – 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 com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de omissão/fraude (todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos que tenham relação com a doença ou lesão preexistente), a partir da comunicação citada na cláusula 15.11.

15.14 – 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.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1 – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência geográfica estabelecida no contrato, e os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, ou nas unidades de livre escolha, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência (definidos abaixo), nos termos e limites das cláusulas seguintes:

16.1.1 – Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

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

16.2 – Nos contratos onde 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 integral após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura 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 REFERÊNCIA é garantida a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e/ou emergência, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, somente para os casos que não forem considerados doenças e lesões preexistentes.

16.3 – Nos contratos que envolvam acordo de Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para esta 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.

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

16.4 – 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**.

REMOÇÃO

16.5 – 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 continuidade de atenção ao paciente.

16.6 – Nos termos das cláusulas 16.3 e 16.4, 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 acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

16.7 – Se não for possível a remoção, em face de risco iminente de morte do paciente e encontrando-se o mesmo em cumprimento de carência, ou não havendo cobertura contratual para o evento, o custeio será de exclusiva responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, da **CONTRATANTE** ou de terceiros responsáveis perante o serviço prestador, pelo que deverão ajustar a obrigação financeira dos procedimentos, estando a **CONTRATADA** isenta desses ônus e coberturas.

16.8 – Não haverá cobertura de custos para remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para hospital e do hospital para a residência e/ou local de trabalho.

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

16.10 – Tendo a **CONTRATADA** se disponibilizado a cobrir os custos da remoção para uma unidade do SUS e não havendo o interesse do **BENEFICIÁRIO** ou seus responsáveis pela remoção ou, após efetivada a remoção, optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em uma unidade diferente da unidade do SUS, a remoção e a consequente internação se darão em caráter particular estando a **CONTRATADA** isenta de qualquer ônus financeiro.

17

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

17.1 – Nos planos **ONE HEALTH**, o **BENEFICIÁRIO** poderá, em consonância com o plano escolhido, utilizar os serviços médicos auxiliares de diagnóstico e tratamento de sua livre escolha e/ou da rede credenciada **ONE HEALTH**.

17.1.1 – 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**, não sendo cabível, nesta hipótese, qualquer pedido de reembolso.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA – 011 O

17.2 – Os múltiplos de reembolso previstos para os planos **ONE HEALTH** são os seguintes:

GRUPO DE BENEFÍCIO	ONE Black T2	ONE Black T3	ONE Black T4	ONE Black T5
Consultas	até 7 vezes a Tabela ONE	até 10 vezes a Tabela ONE	até 12 vezes a Tabela ONE	até 16 vezes a Tabela ONE
Atendimento de urgência em pronto-socorro hospitalar	até 7 vezes a Tabela ONE	até 10 vezes a Tabela ONE	até 12 vezes a Tabela ONE	até 16 vezes a Tabela ONE
Exames e procedimentos básicos ou especiais de apoio diagnóstico e tratamento	até 3 vezes a Tabela ONE	até 5 vezes a Tabela ONE	até 5 vezes a Tabela ONE	até 5 vezes a Tabela ONE
Honorários médicos cirúrgicos de internação	até 7 vezes a Tabela ONE	até 9 vezes a Tabela ONE	até 14 vezes a Tabela ONE	até 20 vezes a Tabela ONE
Honorários médicos clínicos (visita hospitalar em paciente internado)	Valor fixo / dia de internação e até 8 interconsultas com médicos de especialidades distintas / mês			
Despesas hospitalares (internação)	Reembolso calculado com base na média de valores praticados de acordo com a rede credenciada à época do evento			

17.3 – 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.

17.3.1 – Esta tabela e o Orientador Médico dos planos **ONE HEALTH** estão disponibilizados no site www.onehealth.com.br, e na sede da **CONTRATADA** para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**, constando 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 de Coeficientes de Honorários (CH) reembolsáveis, e eventuais dúvidas acerca desta tabela poderão ser sanadas através da Central de Relacionamento **ONE HEALTH**.

17.3.2 – A Tabela **ONE HEALTH** de reembolso que rege os múltiplos de reembolso encontra-se registrada no 1º Tabelião de Notas e Protestos de Barueri/SP.

17.3.3 – O valor de reembolso é obtido através da seguinte fórmula: fator multiplicador de reembolso x valor do procedimento expresso na Tabela **ONE HEALTH** de Reembolso.

17.3.4 – O valor de reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada.

17.4 – Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à **CONTRATADA** (diretamente ou em um endereço indicado) 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:

a) Consulta: recibos ou notas fiscais válidas 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, CNES, 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, CNES, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.

c) Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibos ou notas fiscais válidas 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, CNES, CRM, ISS, endereço legível e data de realização do evento.

- d) **Honorários médicos durante a internação:** recibos ou notas fiscais válidas 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 e 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.

17.5 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** essa documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, passando a ser contados novos prazos para pagamento a partir da data de entrega ou complementação da documentação.

17.6 – O reembolso será pago à **CONTRATANTE** ou ao **BENEFICIÁRIO** solicitante em até 7 (sete) dias úteis da data do recebimento 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.

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

17.7 – 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.

17.8 – 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.

17.9 – 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.

17.10 – 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.

17.11 – O Orientador Médico **ONE HEALTH**, que também está disponibilizado no site www.onehealth.com.br, lista todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, com os serviços e especialidades, aos quais o **BENEFICIÁRIO** poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas.

17.12 – O valor de reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

18.1.1 – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da documentação acima.

18.2 – Mecanismos de regulação - consultas e exames

18.2.1 – A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO** e de acordo com a agenda do médico.

18.2.2 – As consequências do não comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, pois poderá prejudicar o diagnóstico, continuidade e prognóstico do tratamento.

18.2.3 – Para aplicação e cobertura deste contrato, 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.

18.2.4 – Estão incluídos nas consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar, a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante este atendimento.

18.2.5 – As sessões de Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Acupuntura, Terapia Ocupacional e Nutricionista estarão especificadas no que tange a quantidades e diretrizes previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e valores de reembolso na tabela **ONE HEALTH** de Reembolso.

18.2.6 – A **CONTRATADA** definirá em tabela própria os exames e procedimentos que necessitam de autorização prévia, disponibilizando-a no site www.onehealth.com.br ou através da Central de Relacionamento **ONE HEALTH**.

18.3 – Mecanismos de regulação das internações hospitalares e procedimentos realizados sob internação

18.3.1 – Para a cobertura dos procedimentos que necessitem de internações e procedimentos especiais previstos neste contrato será necessária a obtenção de autorização prévia da **CONTRATADA**, com a solicitação do médico assistente.

18.3.2 – 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 HEALTH**.

18.3.3 – Todas as solicitações de internações eletivas e exames que necessitem de autorização da **CONTRATADA** deverão ser feitas em formulário específico e disponibilizado pela **CONTRATADA**, ou, quando não credenciado, em receituário, contendo dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e procedimentos bem como sua indicação clínica.

18.3.4 – A cobertura de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada para realização de transplante de órgãos, não sendo permitido, nesses casos, a livre escolha, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

18.3.5 – 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 junto à 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 18.14.

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

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

18.3.8 – 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.

18.3.9 – 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.

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

18.3.11 – 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 assinada pela **CONTRATADA**.

18.3.12 – Quando da necessidade de utilização de serviços para a cobertura dos quais a **CONTRATADA** não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência, especificamente relacionados no Orientador Médico **ONE HEALTH**, e tendo **BENEFICIÁRIO** não optado pela prática de reembolso nos limites da tabela de reembolso descrito na cláusula 17, a **CONTRATADA** deverá indicar outros credenciados em localidade mais próxima possível, ou efetuará o reembolso conforme disposto no presente contrato.

18.3.13 – A **CONTRATADA** colocará à disposição dos **BENEFICIÁRIOS** do Plano de Assistência Médico-Hospitalar a que alude este contrato, para a cobertura de assistência ora contratada, hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do Orientador Médico **ONE HEALTH**, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais, prestando os respectivos serviços através de meios próprios e/ou contratados, mediante credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados para tanto.

18.3.14 – Orientações quanto a eventuais dúvidas na cobertura do atendimento médico-hospitalar podem ser obtidas pela Central de Relacionamento **ONE HEALTH** ou pelo site, www.onehealth.com.br, ou, ainda, pelo Orientador Médico **ONE HEALTH**.

18.3.15 – As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, tais como, porém não limitadas a estas: telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo **BENEFICIÁRIO**, não sendo estas passíveis de reembolso pela **CONTRATADA**.

18.4 – Mecanismos de regulação - gerenciamento de ações de saúde

18.4.1 – No plano AMIL Referência, as condições médicas a seguir somente terão cobertura para o atendimento se este for realizado por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, não havendo direito a reembolso ou cobertura para procedimentos que não obedeçam a esta regra:

- a) Cirurgias cardiovasculares.
- b) Cirurgias da coluna vertebral.
- c) Cirurgias ortopédicas - próteses de substituição de quadril, ombro, joelho, cotovelo.
- d) Embolização vascular cerebral.
- e) Implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco.
- f) Transplantes de córnea, medula e rim.
- g) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes.
- h) Tratamento cirúrgico da refração.
- i) Tratamento de quimioterapia e radioterapia.
- j) Terapia renal substitutiva.

18.5 – 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, medula, fígado, pâncreas, coração e pulmão para os Planos **ONE BLACK T2, ONE BLACK T3, ONE BLACK T4 e ONE BLACK T5**, de acordo com o Rol de Procedimentos vigente à época do evento.

18.6 – Mecanismos de regulação – alterações na rede credenciada

18.6.1 – 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, ou, ainda, pelo Orientador Médico.

18.7 – Quando houver alteração na rede hospitalar, a **CONTRATADA** observará o disposto no artigo 17 e seus parágrafos da Lei nº 9.656/98, comunicando previamente à **CONTRATANTE**, nos casos de substituição de rede hospitalar.

18.8 – A **CONTRATADA** poderá, também, obtendo autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, redimensionar a sua rede mediante a redução da quantidade de hospitais credenciados no referido Orientador Médico **ONE HEALTH**.

18.9 – Ocorrendo os descredenciamentos, os **BENEFICIÁRIOS** terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da Rede Credenciada **ONE HEALTH**, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

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

18.11 – Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **CONTRATADA** responsabilizar-se-á pela transferência imediata do **BENEFICIÁRIO** hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o **BENEFICIÁRIO**.

18.12 – Mecanismos de regulação – divergência médica

18.13 – 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, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA – 011 O

18.14 – Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempataador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da **CONTRATADA**.

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

18.16 – Mecanismos de regulação – coparticipação

18.16.1 – Entende-se por coparticipação, a parte efetivamente paga pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, referente à realização de um determinado procedimento, cujo valor será cobrado posteriormente pela **CONTRATADA**, incluso na cobrança da contraprestação pecuniária.

18.16.1.1 – O percentual de coparticipação referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula 11.9 deste instrumento contratual.

18.16.2 – Os valores de coparticipação seguirão a tabela abaixo:

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO				
PROCEDIMENTOS	T2	T3	T4	T5
Consulta eletiva e clínicas	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Consulta hospitalar – PS	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Exames básicos*	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00
Exames especiais	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Procedimentos básicos*	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00
Procedimentos especiais	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Internação	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Procedimentos liberados em GRUPO:				
Psicoterapia	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Fonoaudiologia	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00
Fisioterapia	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00
*Cobrança por evento, exceto naqueles liberados em GRUPO.				

18.16.2.1 – Os valores de coparticipação supramencionados poderão ser alterados ou isentados, através de aditivo contratual firmado com a **CONTRATADA**.

18.16.3 – A coparticipação poderá sofrer reajuste no mesmo percentual e periodicidade aplicados à contraprestação pecuniária nos moldes do reajuste anual previsto na cláusula 20, que trata de reajuste anual.

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

19.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, com fundamento nas declarações da **CONTRATANTE**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária efetuado pela **CONTRATANTE** antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

19.2 – 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 nesta data, corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** indicado na Proposta Contratual, respeitadas as faixas etárias dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos.

19.2.1 – 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.

19.2.2 – 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**.

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

19.2.4 – Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta Contratual, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

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

19.2.6 – O pagamento antecipado das contraprestações pecuniárias não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato.

19.2.7 – O preço por **BENEFICIÁRIO** cadastrado ou excluído fora do período predeterminado na Proposta Contratual será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de **BENEFICIÁRIOS**, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

19.2.8 – 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 na sua atualização monetária, incidindo sobre o débito em atraso.

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

19.2.10 – É obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA**, relativamente 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 na Proposta Contratual.

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

19.2.12 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA**, se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **CONTRATADA**.

REAJUSTE

20.1 – A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, independentemente da data de inclusão dos **BENEFICIÁRIOS**, no aniversário do contrato, sem prejuízo da atualização das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998, as quais continuarão a ser feitas na condição e forma previstas neste contrato.

20.1.1 – O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela **CONTRATADA**, apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e o tempo de antecedência em 3 (três) meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.

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

20.1.3 – O valor referente às faixas etárias será recalculado a cada 6 (seis) meses com base na distribuição etária dos **BENEFICIÁRIOS** do mês anterior à avaliação. Fica estabelecido que sempre que o novo cálculo resultar numa variação superior a 5% do custo médio, este poderá ser alterado pela **CONTRATADA** a fim de refletir a nova composição, quando do reajuste anual do contrato.

20.1.4 – O reajuste também poderá incluir a variação do custo médico-hospitalar, apurada de acordo com a fórmula que segue, e complementada pela relação custo/receita acordada em aditivo contratual:

$$Ir = (Cons \times P1) + (Ex \times P2) + (Proc \times P3) + (HM \times P4) + (S \times P5) + (DT \times P6) + (MM \times P7) + (DG \times P8)$$

Onde:

Ir = Índice de reajuste.

Cons = Variação dos preços das consultas.

Ex = Variação dos preços dos exames.

Proc = Variação dos preços dos procedimentos.

HM = Variação dos preços dos honorários médicos.

S = Variação dos salários, comprovada por acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe ou resultantes da política salarial oficial.

DT = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares, obtida pela média aritmética do aumento no período, na rede credenciada, que consta do Orientador Médico **ONE HEALTH**.

MM = Variação dos preços de materiais e medicamentos (de acordo com o Brasíndice).

DG = Variação dos preços das despesas gerais (conforme a alteração percentual do índice autorizado pelo governo).

P1 a P8 = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula, validados de acordo com as normas estabelecidas pelo órgão governamental competente.

20.1.5 – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato.

20.2 – O contrato será considerado integrante do agrupamento para fins de reajuste previsto na RN 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar se, na data da sua assinatura, possuir quantidade inferior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**. A cada ano, na data do seu aniversário, será verificada novamente a quantidade de beneficiários, para determinar se no reajuste do ano subsequente o contrato permanecerá no agrupamento ou se dele será excluído.

20.2.1 – O contrato perderá a condição de integrante do agrupamento, caso ele tenha 30 (trinta) participantes ou mais na sua próxima data de aniversário. Quando não integrante do agrupamento, a este contrato será praticado não o índice de reajuste apurado nos termos da RN 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e, sim, o índice de reajuste decorrente do previsto especificamente para o contrato na cláusula 20.1.4.

20.2.2 – O contrato adquirirá a condição de integrante do agrupamento para o reajuste do ano subsequente, caso ele tenha menos de 30 (trinta) participantes na data de aniversário do contrato. Quando integrante do agrupamento, a este contrato será praticado o índice de reajuste apurado nos termos da RN 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e, não, o índice de reajuste decorrente do previsto especificamente para o contrato na cláusula 20.1.4.

20.2.3 – Para fins de apuração do índice de reajuste com base no agrupamento de contratos com menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, será aplicada a metodologia disposta nas subcláusulas abaixo:

20.2.3.1 – O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões serão reajustadas anualmente, de acordo com a variação do índice financeiro eleito pela CONTRATADA (IRF), apresentado na cláusula 20.2.3.3 e, caso seja necessário, será adicionado o índice técnico de acordo com a sinistralidade da carteira (IRTS), conforme apresentado na cláusula 20.2.3.4.

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

20.2.3.3 – O índice eleito pela **CONTRATADA** corresponde à variação dos custos médico-hospitalares (IRF), de acordo com a fórmula que segue:

$$\text{IRF} = (\text{Cons} \times \text{P1}) + (\text{Ex} \times \text{P2}) + (\text{Proc} \times \text{P3}) + (\text{HM} \times \text{P4}) + (\text{S} \times \text{P5}) + (\text{DT} \times \text{P6}) + (\text{MM} \times \text{P7}) + (\text{DG} \times \text{P8}).$$

Onde:

IRF = Índice de Reajuste Financeiro.

Cons = Variação dos preços das consultas.

EX = Variação dos preços dos exames.

Proc = Variação dos preços dos procedimentos.

HM = Variação dos preços dos honorários médicos.

S = Variação dos salários, comprovada por acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe ou resultantes da política salarial oficial.

DT = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares.

MM = Variação dos preços de materiais e medicamentos.

DG = Variação dos preços das despesas gerais.

P1 a P8 = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula.

20.2.3.4 – Poderá ser adicionado o reajuste técnico por Sinistralidade da carteira (IRTS) se a mesma estiver acima de 0,60 (sessenta centésimos), conforme a seguinte fórmula:

$$IRTS = \frac{Sin.}{0,60 \times Rec.} - 1$$

Onde:

IRTS = Índice de Reajuste Técnico por Sinistralidade.

Sin. = Total de Sinistros da carteira de um período de 12 meses.

Rec. = Total de Receitas da carteira de um período de 12 meses.

0,60 = Índice Máximo de Sinistralidade.

20.2.3.5 – Para fins de apuração do índice de reajuste, poderão ser incluídos os custos imprevistos e imediatos decorrentes de incorporação tecnológica, epidemias e alterações legais e regulamentares de grande impacto no custo assistencial e de vigência imediata.

20.2.4 – A **CONTRATADA** divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manterá em seu endereço eletrônico na Internet, o percentual de reajuste a ser aplicado aos contratos integrantes do agrupamento de contratos na data de seu aniversário, bem como identificará os contratos que receberão o reajuste com o código informado no sistema RPC e seus respectivos planos com número de registro na ANS. A operadora também informará o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança.

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

20.3 – Os valores relativos à coparticipação poderão sofrer reajuste em percentual igual ao aplicado à contraprestação pecuniária.

FAIXAS ETÁRIAS

21.1 – 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 seis vezes o valor da primeira faixa etária.

II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III. O valor referente às faixas etárias será recalculado a cada 6 (seis) meses com base na distribuição etária dos **BENEFICIÁRIOS** do mês anterior à avaliação. Fica estabelecido que sempre que o novo cálculo resultar numa variação superior a 5% (cinco por cento) do custo médio, este poderá ser alterado pela **CONTRATADA** a fim de refletir a nova composição, quando do reajuste anual do contrato.

Percentuais de aumento por faixa etária de acordo com a RN nº 63/2003:

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	10%, ao completar 19 anos
24 a 28 anos	18%, ao completar 24 anos
29 a 33 anos	11,4%, ao completar 29 anos
34 a 38 anos	6,6%, ao completar 34 anos
39 a 43 anos	23,7%, ao completar 39 anos
44 a 48 anos	28,4%, ao completar 44 anos
49 a 53 anos	31,8%, ao completar 49 anos
54 a 58 anos	44,79%, ao completar 54 anos
59 ou mais	28,42%, ao completar 59 anos

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

Demitido

22.1 – Desde que haja opção da **CONTRATANTE** e havendo comprovação de que o **BENEFICIÁRIO** titular 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 junto à **CONTRATANTE** o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

22.2 – 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.

Aposentado

22.3 – Desde que haja opção pela **CONTRATANTE** e havendo comprovação de que o **BENEFICIÁRIO** titular 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 junto à **CONTRATANTE** o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

22.4 – 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.

Obrigações da CONTRATANTE

22.5 – Quando da manutenção do ex-empregado 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.

22.6 – A **CONTRATANTE** obriga-se ainda a apresentar aos **BENEFICIÁRIOS**, a qualquer tempo e quando da opção pela manutenção do ex-empregado, a tabela de preços por faixa etária que será adotada, com suas devidas atualizações, fornecida pela operadora.

22.7 – As regras para 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.

22.8 – 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

22.9 – 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.

22.10 – 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 oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

22.11 – O titular que não tenha participado financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

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

Extensão ao grupo familiar

22.13 – 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 com parte de seu grupo familiar.

22.14 – Em caso de morte do titular, 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 instrumento

22.15 – A **CONTRATANTE** obriga-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.

22.16 – A **CONTRATANTE** obriga-se a dar comprovadamente ciência aos seus empregados aposentados e demitidos sem justa causa, sobre existência do direito que permite aos mesmos permanecerem 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.

22.17 – 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 o mesmo 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

22.18 – As mensalidades correspondentes, assim como os valores relativos à coparticipação, esta quando **CONTRATADA**, serão pagas diretamente pelos usuários titulares, ex-empregados, sempre até o vencimento e nos locais indicados pela **CONTRATADA** acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

22.19 – 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 existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

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

22.21 – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações.

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

22.23 – Estará excluído 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

22.24 – 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, poderão exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou 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

22.25 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado não poderá exercer o direito de manutenção quando da ocorrência das seguintes hipóteses:

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.

Comunicação de exclusão do BENEFICIÁRIO

22.26 – 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.

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

22.28 – 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.

22.29 – 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 perfectibilize.

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

23.1 – A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**, no período da movimentação cadastral conforme assinalado na Proposta Contratual.

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

23.3 – 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 anuência da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

- a) Prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da Proposta Contratual para Contratação Coletiva, mediante procedimento administrativo específico.
- b) Fornecimento pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE**, de informações incompletas e/ou inverídicas na Declaração de Saúde, quando aplicável, do **BENEFICIÁRIO** titular e seus dependentes, conforme modalidade contratual, mediante procedimento administrativo específico.
- c) Prática de infrações pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE** com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem.
- d) Perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO** titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**.
- e) Perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** dependente.

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

23.5 – 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.

23.6 – A **CONTRATANTE** deverá comunicar aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano da **CONTRATADA** sobre 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.

24

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA

RESCISÃO/SUSPENSÃO

24.1 – A **CONTRATANTE**, em atraso de pagamento superior a 10 (dez) dias corridos, de qualquer de suas contraprestações pecuniárias, fica com o direito à cobertura e ao reembolso suspensos para todos os benefícios contratuais.

24.2 – Para fins de extinção do contrato, fica certo entre as partes que:

24.2.1 – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer 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.

24.2.2 – 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 do mesmo, ou no caso de fraude.

24.2.2.1 – Fica garantido à **CONTRATADA** o uso dos recursos legais necessários para cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do devedor nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.

24.2.3 – O contrato estará automaticamente extinto, se o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos se tornar inferior a 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS**, ainda que não completos 12 (doze) meses de vigência, sendo facultado aos **BENEFICIÁRIOS** a transferência para um produto individual, inclusive com relação a preço, desde que a **CONTRATADA** comercialize planos na modalidade individual.

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

24.2.5 – 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.

24.2.6 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, o contrato será extinto nos casos comprovados de fraude na Declaração de Saúde, perdendo o **BENEFICIÁRIO** e seus dependentes quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

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

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

24.2.8 – O contrato poderá ser rescindido, unilateralmente, quando houver o não pagamento das mensalidades por parte da **CONTRATANTE** por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato.

24.3 – 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

25.1 – Fazem parte do presente contrato seus Anexos e Regulamentos, bem como a Proposta Contratual, o Orientador Médico **ONE HEALTH** definido pelo tipo de plano contratado, a Declaração de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Plano – MPS, e o Guia de Leitura Contratual – GLC, previamente entregue à **CONTRATANTE**, a Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**, os recibos de pagamento e o Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estão disponibilizados no site www.onehealth.com.br.

25.1.1 – O Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 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.

25.1.2 – 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.

25.1.3 – 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.

25.1.4 – Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA** disponibilizar, sempre que solicitado pelo **BENEFICIÁRIO** titular, cópia das Condições Gerais do contrato, que conterà, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual.

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

25.2 – 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.

25.3 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, constituindo-se causa para novo plano e eventual assinatura de novo contrato.

25.3.1 – Quando da transferência do 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 esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela **CONTRATADA** para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.

25.3.2 – Os benefícios mencionados acima correspondem a: utilização da NOVA REDE CREDENCIADA, utilização da NOVA ACOMODAÇÃO e NOVAS COBERTURAS e utilização de REEMBOLSO, conforme previsto na legislação vigente.

25.3.3 – A transferência somente ocorrerá quando efetuada a solicitação pela **CONTRATANTE** e incluirá todos os **BENEFICIÁRIOS** do plano anteriormente contratado.

25.4 – O **BENEFICIÁRIO** que, após o cancelamento do contrato, se utilizar dos cartões de identificação do plano cancelado, responsabilizar-se-á pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente contrato.

25.5 – Da mesma forma, responderá o **BENEFICIÁRIO**, em caso de extravio dos referidos cartões de identificação, bem como rescisão ou exclusão de **BENEFICIÁRIO** do plano, sem a comunicação imediata e por escrito à Central de Relacionamento **ONE HEALTH**, mediante carta, fax, e-mail, para que esta tome as providências cabíveis.

25.6 – O **BENEFICIÁRIO** que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do seu plano, se tornará o responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos). Os valores da diferença serão acertados diretamente com o hospital e os médicos assistentes.

25.7 – 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**.

25.8 – Caso haja a obrigatoriedade de coberturas não previstas neste contrato ou no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar a **CONTRATADA** por todo e qualquer valor que esta venha a despendar, incluindo o valor da condenação, das custas das despesas processuais e dos honorários advocatícios.

25.9 – 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.

25.10 – Não é admitida a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, seus anexos e aditivos, ou de comunicações posteriores por escrito.

25.11 – Conforme o disposto em 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 permanecem sob responsabilidade da **CONTRATADA**, através de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado pela **CONTRATADA** junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar–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.

ELEIÇÃO DE FORO

26.1 – 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 2012

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

(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 o produto “**ONE HEALTH**” comercializado 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 a utilização dos serviços, fornecido e atualizado periodicamente pela **CONTRATADA**.

1.3 – Plano 4 – BENEFICIÁRIOS que aderirem aos produtos – **ONE BLACK T2, ONE BLACK T3, ONE BLACK T4 e ONE BLACK T5**, a partir do dia 01/10/2011 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.

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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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 subseqüentes 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.

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, incumbir-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;

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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 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.

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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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 Gratuita (DDG) 0800-725 2204.

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

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 180 (cento e oitenta) dias consecutivos no plano 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**.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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.

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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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.

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**.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
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 pré-estabelecido. Não poderá o serviço de emergência ser acionado para tratamento de lesão caracterizada como preexistente ou reparação de qualquer prótese ou órtese.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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 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.

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 inter-hospitalar 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;

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

Independente dos itens anteriores à remoção, ainda precisará da anuência 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).

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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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.

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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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.

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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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.

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.

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.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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).

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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(ns) 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.

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 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

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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 pelos 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 4	USD 20.000,00	USD 20.000,00

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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.

PLANOS	LIMITE POR EVENTO	
	SEM PRÁTICA ESPORTIVA	COM PRÁTICA ESPORTIVA
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 a **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 à **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.

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.

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, tele-mensagens, chuvas de pétalas.

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 de 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**.

Limite 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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

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;

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/Johanesburgo
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

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

Cleveland Clinic	EUA
Duke University Medical Center, Durham, N.C.	EUA
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

(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 o Plano 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 pré-diagnosticadas 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 para-clínicos). 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;
- l) 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;

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

- 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) 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 o plano 4**);
- u) Acidentes e/ou enfermidades decorrentes da participação de apostas como “rachas” ou acidentes decorrentes do uso de armas (**Exclusão válida para o plano 4**);
- v) Doenças, para as quais a vacinação é sabidamente recomendada para o local de destino;
- w) Acidente ou Doença do Trabalho;
- x) Intervenções ou tratamentos de ordem estética;
- y) 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.

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

- 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.

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**.

(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.

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;

ANEXO I – ASSISTÊNCIA MULTIVIAGEM BRASIL E EXTERIOR

- 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 com, juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês.



A D I T I V O
R E S G A T E
S A Ú D E

versão 2012

ANEXO II – ADITIVO AMIL RESGATE SAÚDE

1

CLÁUSULA PRIMEIRA

OBJETO

1.1 – O presente aditivo tem por objeto regular a cobertura dos custos, no Brasil, de despesas relativas ao resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre de **BENEFICIÁRIOS** incluídos no Aditivo 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 traslado 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 Aditivo.

2

CLÁUSULA SEGUNDA

DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA COBERTURA

2.1 – O Aditivo 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 aditivo é acessório, de acordo com a rede credenciada específica do plano contratado.

2.2 – Somente terão cobertura de custos pelo presente aditivo 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 – ADITIVO 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 aditivo. **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 neste Aditivo 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 cardiogênico 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 cranioencefálico.
- 6 - Traumatismo raquimedular na fase aguda inicial.

ANEXO II – ADITIVO 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 reimplante.
- 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 – ADITIVO 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 Aditivo 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 aditivo de contrato.

3

CLÁUSULA TERCEIRA

DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA – CARÊNCIA

3.1 – O Aditivo AMIL Resgate Saúde terá vigência por prazo indeterminado, a contar da sua assinatura, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso de **60 (sessenta) dias** de antecedência, ou 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 aditivo estão sujeitas ao cumprimento de prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura do aditivo, ou seja, os eventos cobertos pelo presente Aditivo AMIL Resgate Saúde somente terão cobertura 30 (trinta) dias após a data da assinatura.

ANEXO II – ADITIVO 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 para cada **BENEFICIÁRIO** 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.

OBJETO

O Presente aditivo é parte integrante da Proposta Contratual e visa isentar a CONTRATANTE dos valores de coparticipação previstos na cláusula 18.16.2 do contrato PME PJ 011 - O, para os produtos optados na proposta contratual.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular/responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura ONE_____
Assinatura do corretor_____
Assinatura do Responsável

ANS - nº 326305

1ª via: ONE; 2ª via: contratante.