

Rua Jundiá, 644 Tirol Natal
CEP: 59020-120
CNPJ: 03.716.044/0001-00

Para quaisquer informações ligue
(84) 203-1000

Contratante: SISTEMA DE SAÚDE PARTICIPATIVO DO BRASIL S.A.

Sigla: SISJERN CNPJ: 03.716.044/0001-00 IE: 000000000

Endereço: R. Jundiá, 644 Tirol Natal Bairro: TIROL

Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59020-120

DDD: 84 Telefone: 3204-5441/5442 Fax: 3204-5440

Responsável pelo Contrato: JAILSON DA COSTA E SILVA Cargo: Presidente

CPF: 515.867.462-34 Nome do Contrato/Cargo: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para todos os fins e efeitos:

- 1 - Que tenho ciência que para efeito deste contrato denominado AMIL EMPRESA R 007, deverão ser incluídos no mínimo 5 (cinco) beneficiários titulares, que comprovadamente tenham vínculo empregatício e, no máximo 49 (quarenta e nove) beneficiários, na data de vigência;
- 2 - Que tenho ciência da obrigatoriedade do envio juntamente com este contrato, dos cadastros de beneficiários totalmente preenchidos e de acordo com a solicitação de adesão pessoa jurídica número _____, de _____ de _____ de _____, obedecendo o que estabelece a Lei 9656 de 3 de Junho de 1998, dos funcionários ou da relação do FGTS, da certidão de nascimento dos filhos e da certidão de casamento (se houver a inclusão dos dependentes);
- 3 - Que tenho plena ciência dos termos do Contrato, preços mensais conforme tabela correspondente, suas coberturas, exclusões e limitações, estando da mesma forma, ciente, que a isenção e/ou redução de carências, não afeta, aumenta ou reduz os direitos à cobertura, exclusões ou limitações contidas neste contrato;
- 4 - O prazo de vigência do contrato deverá sempre ser posterior a 5 (cinco) dias da data de entrega de toda a documentação prevista no item 2 na ASL- ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA., sendo que o prazo de vigência é igual a data de vencimento da fatura.
- 5 - Que o presente contrato entrará em vigor a partir de _____ de _____ de _____.

Local e Data

Assinatura do Contratante e Carimbo

Jailson da Costa e Silva Silvia Maria Teixeira Pereira
Presidente 2ª Via do Contratante
SISJERN SISJERN

CLÁUSULAS	PÁGINA
1 OBJETO	1
2 CARACTERÍSTICAS E TIPOS DOS PLANOS DE LIVRE ESCOLHA AMIL	2
3 CARACTERÍSTICAS E TIPOS DOS PLANOS DE REDE CREDENCIADA AMIL	4
4 CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS	7
5 EXCLUSÕES	8
6 CARÊNCIAS	9
7 CONSULTA MÉDICA	10
8 ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM PRONTO-SOCORRO	10
9 EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO AMBULATORIAL	11
10 INTERNAÇÕES HOSPITALARES	13
11 PROGRAMAS ESPECIAIS DE DIRECIONAMENTO EXCLUSIVO	15
12 SAÚDE MENTAL	16
13 COBERTURAS ADICIONAIS PARA OS PLANOS AMIL	17
14 ADITIVO INTERNACIONAL	17
15 ADITIVO AMIL RESGATE SAÚDE	18
16 ADITIVO PROGRAMA AMIL DE MEDICAMENTOS	20
17 REEMBOLSO	20
18 PAGAMENTO DE MENSALIDADES E OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE	21
19 VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO CONTRATO E TRANSFERÊNCIA DE PLANOS	23
20 PLANO AMIL REFERÊNCIA	24
21 DISPOSIÇÃO GERAIS E FORO	25

ANOTAÇÕES

O contrato de Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar estabelece a relação entre ASL - Assistência à saúde Ltda. registrada na ANSS Agência Nacional de Saúde Suplementar com o nº 411264 daqui por diante denominada AMIL e o CONTRATANTE, pessoa, jurídica, ambas devidamente qualificadas nos termos aditivos, e neste ato devidamente representadas, regendo-se pelas cláusulas a seguir.

Os registros de identificação da AMIL e deste contrato nos órgãos públicos competentes encontram-se na solicitação de adesão assinada pelo CONTRATANTE.

1. Cláusula Primeira

OBJETO

1.1 - O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos ou reembolso, pela AMIL, das despesas correspondentes à assistência médica prestada por terceiros aos beneficiários regularmente cadastrados, nos limites e condições de cobertura estabelecidos pelo plano escolhido, demais cláusulas deste contrato e seus termos aditivos, em obediência ao que determina a Lei 9656 de 3 de Junho de 1998 e sua regulamentação.

1.1.1 - As condições específicas relativas ao Plano Referência de acordo com os artigos décimo e décimo segundo desta Lei, estão descritas na Cláusula Vigésima.

1.1.2 - Para efeito deste contrato, a CONTRATANTE deve incluir na data de início da vigência do mesmo no mínimo 5 (cinco) beneficiários titulares que comprovadamente tenham vínculo empregatício com o CONTRATANTE e até um máximo de 49 (quarenta e nove) beneficiários;

1.2 - Fazem parte do contrato todas as suas ampliações, anexos, aditivos e regulamentos, bem como as solicitações de Adesão que incluem os Documentos de Informações Pessoais dos Beneficiários, a Tabela AMIL de Procedimentos, o Rol de Procedimentos Médicos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Orientador Médico com a rede credenciada do plano escolhido a Tabela de vendas e os documentos comprovantes de pagamento.

1.2.1 - O Rol de procedimentos Médicos constitui a referência básica para a cobertura assistencial nos planos de Assistência à Saúde contratados a partir de 1 de Janeiro de 1999 de acordo com os diferentes tipos de planos e tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar, estando disponível no site da mesma.

1.3 - A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato e seus anexos e aditivos, segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas à Saúde, Décima versão CID 10 da Organização Mundial da Saúde.

1.4 - Quando da assinatura do contrato e na inclusão de novos beneficiários, a CONTRATANTE deverá indicar os planos da AMIL escolhidos para os mesmos, entre os planos existentes no sistema AMIL:

- Planos AMIL de livre escolha: **AMIL CONTINENTS e AMIL QUALITY;**

- Planos AMIL de rede credenciada: **AMIL OPÇÕES PLUS, AMIL OPÇÕES, AMIL MEDICUS e AMIL MEDICUS ESPECIAL;**

- Plano AMIL REFERÊNCIA.

2. Cláusula Segunda

CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANO LIVRE ESCOLHA AMIL

2.1 - Os planos de livre escolha da Amil são planos de **reembolso** ou **cobertura de custos** para despesas médico-hospitalares, pelo qual o CONTRATANTE poderá utilizar os serviços de médicos, de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e de hospitais a sua **livre escolha, nos limites e condições deste contrato.**

2.1.1 - Sem prejuízo do anteriormente exposto, o CONTRATANTE poderá recorrer a médicos, serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento e hospitais sugeridos pela AMIL, integrantes da rede credenciada AMIL.

2.1.2 - A cobertura de custos das despesas pelo atendimento quando o CONTRATANTE utilizar a rede credenciada AMIL, será realizada através do pagamento direto ao prestador do serviços AMIL, sem ônus para o CONTRATANTE, de acordo com os limites e condições deste contrato.

2.2 - Os planos AMIL de livre escolha possuem as seguintes características gerais:

Planos AMIL CONTINENTS, que proporcionam o reembolso para o atendimento de livre escolha e a cobertura de custos em qualquer credenciado da rede AMIL, e o direito automático aos benefícios dos aditivos AMIL INTERNACIONAL e AMIL RESGATE SAÚDE **nas filiais onde os mesmos estiverem implantados.**

Planos AMIL QUALITY, que proporcionam o reembolso para o atendimento de livre escolha e a cobertura de custos em qualquer credenciado da rede AMIL.

2.3 - Os planos AMIL de livre escolha asseguram o reembolso ou a cobertura de custos na rede credenciada AMIL, de acordo com os **Módulos de Cobertura, que identificam as segmentações de cobertura médica previstas na Lei, ou seja, o tipo de benefício médico coberto** entre consultas médicas, atendimento de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar, serviços auxiliares de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais, honorários médicos e custos hospitalares de internações:

a) Módulo 122: Cobertura ambulatorial e hospitalar com Obstetrícia.

Compreende o atendimento para as consultas realizadas em consultório, clínicas e centros médicos, atendimento de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar, exames complementares de apoio diagnóstico, procedimento terapêuticos ambulatoriais, honorários médicos e custos hospitalares de internações, com cobertura dos honorários médicos e custos hospitalares de internação, incluindo obstetrícia e neonatologia.

b) Módulo 144: Cobertura hospitalar com Obstetrícia.

Compreende o atendimento de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar, honorários médicos e custos hospitalares de internações, com cobertura dos honorários médicos e custos hospitalares de internação, incluindo obstetrícia e neonatologia.

2.3.1 - O módulo 144 também inclui em sua cobertura os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;

- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimento diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção fora do ambiente hospitalar;
- k) cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

2.4 - A cobertura obstétrica, tanto no Módulo 122 como no Módulo 144, inclui o atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e exames relacionados à digestão, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

2.4.1 - A continuidade da cobertura de atendimento após o trigésimo dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato do titular, respeitando-se os limites da cláusula 4.2.2; esta inclusão deverá ser realizada no período de até 30 (trinta) dias após o nascimento;

2.4.2 Esta cobertura somente se dará para os nascidos sob a cobertura da AMIL.

2.5 Os planos AMIL de livre escolha asseguram o reembolso de acordo com **Multiplicadores de Reembolso**, que estabelecem os quantitativos que multiplicados pelos valores dos procedimentos médicos constantes da Tabela Amil de Procedimentos, irão representar o valor do reembolso para consultas, exames e procedimentos terapêuticos realizados fora da rede credenciada Amil.

O reembolso dos custos hospitalares de internação será integral, para internações realizadas no Brasil, desde que de acordo com as normas de auditoria técnica e observados os direitos estabelecidos na cláusula décima; quando realizadas no exterior os valores de reembolso serão equivalentes aos valores praticados em serviços semelhantes, na rede credenciada no Brasil.

2.5.1 Os planos AMIL CONTINENTS apresentam os seguintes Multiplicadores de Reembolso: 7.7.7.10/8.8.8.12/9.9.9.15/10.10..10.20 respeitados os módulos de cobertura:
Ex.: Plano AMIL CONTINETS 7-7-10

Grupo de benefício	Módulo 122	Módulo 144
Consultas em consultório, clínicas e centros médicos	7 vezes	NÃO*
Atendimento de urgência em pronto-socorro	7 vezes	7 vezes
Exames básico de apoio diagnóstico	7 vezes	NÃO*
Exames especiais de apoio diagnóstico	7 vezes	NÃO*
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos	7 vezes	NÃO*
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais	7 vezes	NÃO*
Honorários médicos de internação	10 vezes	10 vezes
Custos hospitalares de internação Integral	Integral**	Integral**

* exceto os relacionados aos pré-natal, que terão reembolso;

** observados os direitos estabelecidos na cláusula décima.

2.5.2 Os planos AMIL QUALITY apresentam os seguintes multiplicadores de reembolso: 3.3.3.4 / 4.4.4.5 / 5.5.5.6 / 6.6.6.7 respeitados os módulos de cobertura:

Ex.: Plano AMIL QUALITY 3-3-3-4:

Grupo de benefício	Módulo 122	Módulo 144
Consultas em consultório, clínicas e centros médicos	3 vezes	NÃO*
Atendimento de urgência em pronto-socorro	3 vezes	3 vezes
Exames básicos de apoio diagnóstico	3 vezes	NÃO*
Exames especiais de apoio diagnóstico	3 vezes	NÃO*
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos	3 vezes	NÃO*
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais	3 vezes	NÃO*
Honorários médicos de internação	4 vezes	4 vezes
Custos hospitalares de internação Integral	Integral**	Integral**

* exceto os relacionados ao pré-natal, que terão reembolso;

** observados os direitos estabelecidos na cláusula décima.

3. Cláusula Terceira

CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS DE REDE CREDENCIADA AMIL

3.1 - Os planos AMIL de rede credenciada são planos de **cobertura de custos** para despesas médico-hospitalares, pelos quais o CONTRATANTE poderá utilizar os serviços credenciados de médicos e serviços auxiliares de apoio diagnóstico e tratamento e de hospitais que formam a rede credenciada AMIL do plano escolhido.

3.2 - Quando do preenchimento da solicitação de adesão, a CONTRATANTE indicará a rede credenciada, o módulo de cobertura, bem como seus aditivos, de acordo com as alternativas discriminadas na Tabela de Vendas.

3.3 Os planos AMIL de rede credenciada são identificados em função das seguintes características:

- a) **Rede credenciada**, que identifica o plano que recebe o seu nome;
- b) **Módulo de cobertura**, que caracteriza o tipo de benefício médico coberto, ou seja, **as segmentações de cobertura médica estabelecidas pela lei**;
- c) **Franquias**, que quando existirem, representam mecanismos de regulação quanto a utilização dos serviços assistenciais e **correspondem a valores pagos pelo usuário diretamente aos prestadores de serviços no momento da realização do atendimento, observando as coberturas previstas no módulo escolhido**. Os valores das franquias são calculadas multiplicando-se o quantitativo de Unidades Franquia expresso para cada grupo de benefícios, pelo valor da Unidade Franquia Amil. O valor em moeda corrente da Unidade Franquia Amil é estabelecido pela Amil, constando nos termos aditivos e servindo para todos os planos.

d) **Tipo de acomodação**, que poderá ser quarto privativo nos planos AMIL Opções Plus, AMIL Opções e AMIL Medicus; ou quarto privativo e/ou quarto coletivo nos planos AMIL Medicus e AMIL Medicus Especial e somente quarto coletivo no plano AMIL Referência.

e) **Multiplicadores de reembolso** somente para os Planos AMIL Opções Plus, que permitem livre escolha de médicos com reembolso de consultas eletivas em consultórios ou clínicas e honorários médicos de internações, de acordo com o estabelecido na Cláusula 3.7.

3.4 - As redes credenciadas de que trata este contrato são:

Rede Amil Opções Plus, relacionada no Orientador Médico Amil Opções Plus da filial onde está sendo preenchida a solicitação de adesão, e que também permite o acesso para atendimento a todos os prestadores de serviços credenciados listados **nas redes Amil Opções Plus no Brasil, independentemente de ser o seu local de domicílio.**

Rede Amil Opções, relacionada no Orientador Médico Amil Opções da filial onde está sendo preenchida a solicitação de adesão, e que também permite o acesso para atendimento a todos os prestadores de serviços credenciados listados **nas redes Amil Opções no Brasil, independentemente de ser o seu local de domicílio.**

Rede Amil Medicus, relacionada no Orientador Médico Amil Medicus da filial onde está sendo preenchida a solicitação de adesão, e que também permite o acesso para atendimento aos prestadores de serviços credenciados listados **na rede Amil Medicus.**

Rede Amil Medicus Especial, relacionada no Orientador Médico Amil Medicus Especial da filial onde está sendo preenchida a solicitação de adesão, e que dá acesso para atendimento **somente aos prestadores de serviços credenciados relacionados na rede Amil Medicus Especial desta filial.**

Rede Amil Referência, relacionada no Orientador Médico AMIL Referência da filial onde está sendo preenchida a solicitação de adesão, e que dá acesso para atendimento **somente aos prestadores de serviços credenciados relacionados na rede AMIL Referência desta filial.**

3.4.1 - A área geográfica de abrangência de atendimento em consonância com a classificação estabelecida na RDC Nº 4 da ANS de 18 de fevereiro de 2000 corresponde a :

Plano	Abrangência de atendimento
Amil Opções Plus	Grupo de Estados
Amil Opções	Grupo de Estados
Amil Medicus	Grupo de Estados
Amil Medicus Especial	Grupo de Municípios
Amil Referência	Grupo de Municípios

3.4.2 - O Grupo de Estados ou Municípios acima referidos compreendem todos os estados ou municípios onde a AMIL tem ou venha a ter serviços credenciados para atendimento e que estão relacionados nos Orientadores Médicos dos planos, os quais são partes integrantes deste CONTRATO;

3.4.3 - O atendimento a casos de urgência e emergência fora da abrangência geográfica prevista no plano terá direito a reembolso, de acordo com as normas estabelecidas na legislação vigente.

3.5 - Os Módulos de Cobertura dos planos Amil de Rede Credenciada são:

a) Módulo 122 Cobertura ambulatorial e hospitalar com Obstetrícia.

Compreende o atendimento para as consultas realizadas em consultório, clínicas e centro médicos, atendimento de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar, exames complementares de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais, honorários médicos e custos hospitalares de internações, com cobertura dos honorários médicos e custos hospitalares de internação, incluindo obstetrícia e neonatologia.

b) Módulo 144 Cobertura Hospitalar com Obstetrícia.

Compreende o atendimento de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar, honorários médicos e custos hospitalares de internações, com cobertura dos honorários médicos e custos hospitalares de internação, incluindo obstetrícia e neonatologia.

3.5.1 - O módulo 144 também inclui em sua cobertura os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção fora do ambiente hospitalar;
- k) cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

3.6 - A cobertura obstétrica, tanto no Módulo 122 como no Módulo 144, inclui o atendimento pré-natal, correspondente às consultas obstétricas e exames relacionados à gestação, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30(trinta) dias após o parto;

3.6.1 - A continuidade da cobertura de atendimento após o trigésimo dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato do titular, respeitando-se os limites da cláusula 4.2.2; esta inclusão deverá ser realizada no período de até 30(trinta) dias após o nascimento;

3.6.2 - Esta cobertura somente se dará para os nascidos sob a cobertura da AMIL.

3.7 - Nos planos AMIL Opções Plus a CONTRATANTE deverá escolher entre os multiplicadores de reembolso R212 e R213:

Grupo de benefício	R 212	R 213
Consultas em consultório, clínicas e centros médicos	2 vezes	2 vezes
Honorários médicos de internação	2 vezes	3 vezes

* Multiplicadores da Tabela Amil Procedimentos.

* Exames complementares, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e atendimentos de pronto-socorro hospitalar terão cobertura somente na rede credenciada do Plano Opções Plus, sem direito a reembolso.

4. Cláusula Quarta

CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS

4.1 - São considerados beneficiários deste contrato todos os que forem expressamente nomeados pela CONTRATANTE e cadastrados pela AMIL de acordo com as normas estabelecidas neste contrato.

4.2 - São incluídos como beneficiários: a) Sócios e diretores, conforme Contrato Social da CONTRATANTE; b) Empregados com vínculo empregatício; c) Dependentes diretos dos sócios, diretores e empregados.

4.2.1 - São considerados **beneficiários titulares** os sócios, diretores ou empregados da CONTRATANTE, expressamente indicados e cadastrados pela mesma.

4.2.2 - São considerados **beneficiários dependentes diretos**, em relação ao beneficiário titular e deverão ser incluídos no mesmo plano deste; a) Esposa ou companheira, comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes. b) Os filhos(as) solteiros (as) menores de 25 (vinte e cinco) anos.

4.2.3 - São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, menores sob a guarda judicial, enteados e tutelados.

4.3 - Todos os beneficiários, titulares ou dependentes preencherão a Solicitação de Adesão, que inclui informações pessoais administrativas e o Documento de Informações Pessoais.

4.3.1 - A omissão de informações visando auferir vantagens próprias ou para seus dependentes caracteriza ato ilícito previsto no art.158 no Código Civil, acarretando a aplicação do artigo 1.444 do mesmo diploma legal, sem prejuízo das demais penalidades cabíveis.

4.3.2 - A inclusão dos dependentes acima referidos somente será autorizada pela AMIL por ocasião da inclusão do titular.

4.4 - Com relação aos beneficiários vigem ainda as seguintes disposições:

a) Os dependentes somente serão cadastrados na mesma época e no mesmo plano do titular. b) A AMIL solicitará, à CONTRATANTE, os documentos comprobatórios de vínculo trabalhista (Carteira Profissional e/ou CAGED, cadastro de inscrição no FGTS), como também os relacionados à comprovação do grau de parentesco dos dependentes.

4.5 - A CONTRATANTE, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos beneficiários, sejam eles titulares ou dependentes diretos, bem como data de nascimento e o grau de parentesco dos mesmos.

4.5.1 - Nenhuma indicação de beneficiário terá valor se não constar da declaração escrita da CONTRATANTE, aprovada pela AMIL.

4.5.2 - A CONTRATANTE obriga-se a informar à AMIL qualquer mudança de estado civil dos dependentes, nascimento de filho do titular, demissão ou admissão de novo empregado, promovendo as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até **30 (trinta) dias da ocorrência**.

4.5.3 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 e transferência de planos.

4.5.4 - A inclusão de dependente somente será autorizada pela AMIL por ocasião da inclusão do titular, ou em casos de nascimento, adoção ou casamento, e desde que o prazo de 30(trinta) dias da data do evento.

4.5.5 - As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão, além do previsto neste contrato e seus termos aditivos, às normas administrativas da AMIL. Não serão permitidas as inclusões de beneficiários que estejam cumprindo aviso prévio ou que se encontrem afastados de suas atividades profissionais.

4.5.6 - A AMIL fornecerá identificação específica aos beneficiários incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos beneficiários previstos no seu plano. A AMIL poderá, a seu critério, cobrar pelo fornecimento dessa documentação.

4.5.7 - As exclusões cadastrais somente serão autorizadas em casos de demissão, falecimento ou separação e implicarão na perda imediata do direito da cobertura do atendimento, sendo obrigação da CONTRATANTE recolher e devolver à AMIL a documentação que possibilita a utilização do sistema; os ônus decorrentes de utilização indevida do sistema por beneficiário excluído do contrato, serão de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, ficando a AMIL autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança à mesma dos custos incorridos.

5. Cláusula Quinta

EXCLUSÕES

5.1 - Este contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso para os eventos que seguem:

I - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;

II - Procedimento clínicos ou cirúrgicos e órteses e próteses para fins estéticos, incluindo a esclerose de varizes com indicação estética;

III - Inseminação artificial;

IV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar;

VII - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII - Procedimento odontológicos, salvo para os que optarem pelo aditivo de cobertura AMIL Dental;

IX - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaramos pela autoridade competente;

XI - Qualquer outro tipo de transplantes, que não o de córnea e rim.

Parágrafo único: para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9.656/98, estão excluídos os tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambientes hospitalar;

5.2 - O atendimento a procedimentos cirúrgicos ou de alta complexidade relacionadas às doenças e lesões preexistentes, estarão submetidos ao regime de Cobertura Parcial Temporária, previsto na legislação vigente e regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, através das resoluções ANS-RDC 41 e 42 de 15 de dezembro de 2000, ou outras que venham a sucedê-las.

5.2.1 - De acordo com Cobertura Parcial Temporária fica suspenso pelo prazo de 24 meses a cobertura de leitos de alta tecnologia (UTI, Unidade Coronarianas, Unidades Neonatais, Unidades de Tratamento Semi-intensivo) e procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade constantes do índice de procedimentos de alta Complexidade elaborado e atualizado pela ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5.2.2 - Nas urgências/emergências relacionadas à doenças ou lesões preexistentes, a Cobertura Parcial Temporária estará limitada ao prazo de até 12(doze) horas de atendimento em pronto-socorro.

5.2.3 - Quando for necessária para a continuidade do atendimento de emergência, a internação ou a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12(doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo qualquer ônus à AMIL.

5.2.4 - A AMIL garantirá a cobertura de remoção para a continuidade do atendimento em outra unidade médico-hospitalar dentro da área de abrangência geográfica da cobertura.

5.2.5 - São consideradas doenças e lesões preexistentes, aquelas cujo beneficiário ou seu responsável, saiba ser portador ou que tenha algum dos seus sintomas presentes à data do preenchimento do Documento de Informações Pessoais, e que comprovadas posteriormente.

6. Cláusula Sexta

CARÊNCIAS

6.1 - Os prazos de carências são estabelecidos em função do número de beneficiários incluídos e do caráter do atendimento no que diz respeito a tratar-se casos de urgência/emergência ou eletivos, e de acordo com os módulos de cobertura.

6.2 - Nos contratos com número de participantes menor que 50 (cinquenta) beneficiários são estabelecidos os seguintes prazos de carência:

X - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaramos pela autoridade competente;

XI - Qualquer outro tipo de transplantes, que não o de córnea e rim.

Parágrafo único: para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9.656/98, estão excluídos os tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambientes hospitalar;

5.2 - O atendimento a procedimentos cirúrgicos ou de alta complexidade relacionadas às doenças e lesões preexistentes, estarão submetidos ao regime de Cobertura Parcial Temporária, previsto na legislação vigente e regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, através das resoluções ANS-RDC 41 e 42 de 15 de dezembro de 2000, ou outras que venham a sucedê-las.

5.2.1 - De acordo com Cobertura Parcial Temporária fica suspenso pelo prazo de 24 meses a cobertura de leitos de alta tecnologia (UTI, Unidade Coronarianas, Unidades Neonatais, Unidades de Tratamento Semi-intensivo) e procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade constantes do índice de procedimentos de alta Complexidade elaborado e atualizado pela ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5.2.2 - Nas urgências/emergências relacionadas à doenças ou lesões preexistentes, a Cobertura Parcial Temporária estará limitada ao prazo de até 12(doze) horas de atendimento em pronto-socorro.

5.2.3 - Quando for necessária para a continuidade do atendimento de emergência, a internação ou a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12(doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo qualquer ônus à AMIL.

5.2.4 - A AMIL garantirá a cobertura de remoção para a continuidade do atendimento em outra unidade médico-hospitalar dentro da área de abrangência geográfica da cobertura.

5.2.5 - São consideradas doenças e lesões preexistentes, aquelas cujo beneficiário ou seu responsável, saiba ser portador ou que tenha algum dos seus sintomas presentes à data do preenchimento do Documento de Informações Pessoais, e que comprovadas posteriormente.

6. Cláusula Sexta

CARÊNCIAS

6.1 - Os prazos de carências são estabelecidos em função do número de beneficiários incluídos e do caráter do atendimento no que diz respeito a tratar-se casos de urgência/emergência ou eletivos, e de acordo com os módulos de cobertura.

6.2 - Nos contratos com número de participantes menor que 50 (cinquenta) beneficiários são estabelecidos os seguintes prazos de carência:

Grupo de benefício	Urgência/ Emergência	Eletrivo/ Programado
Consultas em consultório, clínicas e centros médicos	-----	30 dias
Atendimento de urgência/emergência em pronto-socorro, incluindo complicações gestacionais	24 horas	não
Exames básico de apoio diagnóstico	24 horas	30 dias
Exames especiais de apoio diagnóstico	24 horas	180 dias
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos	24 horas	30 dias
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais	24 horas	180 dias
Honorários médicos de internação	24 horas	180 dias
Custos hospitalares de internação Integral	24 horas	180 dias
Honorários médicos de internação de Obstetrícia e Neonatologia relacionados ao parto	-----	300 dias

7. Cláusula Sétima

CONSULTA MÉDICA

7.1 - A cobertura de custeio das consultas será realizadas em serviços de livre escolha ou nos serviços autorizados e participantes da rede credenciada AMIL, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, nos limites e condições do plano e módulo escolhidos e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito à coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na cláusula Décima Primeira.

7.2 - A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do beneficiário e de acordo com o médico.

7.2.1 - As conseqüências do não comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do beneficiário.

7.3 - Para aplicação deste contrato as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

- a) Consultas em consultório médico;
- b) Consultas em centro médico ou clínica.

8. Cláusula Oitava

ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM PRONTO-SOCORRO

8.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso para o atendimento de urgências e emergências em pronto-socorro será realizada em serviços de livre escolha ou nos serviços autorizados e participantes da rede credenciada AMIL, nos limites e condições do plano e a alternativa escolhidos e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito à coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na cláusula Décima Primeira.

8.2 - É assegurada a cobertura do atendimento nos casos:

- I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e;
- II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- III - de sofrimento intenso sem risco de vida ou de lesão irreparável, mas que justifique um atendimento médico imediato.

8.3 - Os atendimentos de urgências/emergências decorrentes de acidente pessoal serão garantidos após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

8.4 - Os atendimentos de urgências/emergências decorrentes de doenças e lesões preexistentes e nos casos relacionados a partos a termo ocorridos durante o período de carências, estão subordinados às normas estabelecidas para a Cobertura Parcial Temporária, conforme cláusula 5.2

9. Cláusula Nona

EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO AMBULATORIAL

9.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso dos exames de apoio diagnóstico, e de procedimentos terapêuticos ambulatoriais **será realizada em serviços de livre escolha ou nos serviços autorizados e participantes da rede credenciada AMIL**, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, nos limites e condições do plano e módulo escolhidos e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito à coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na cláusula Décima Primeira.

9.2 - A solicitação de exames ou procedimentos para os **planos de rede credenciada deverão ser emitidas pelo médico credenciado responsável pelo atendimento ao beneficiário.**

9.2.1 - As solicitações realizadas por médico não credenciado deverão ser submetidas à apreciação da Amil, exceto para os planos de livre escolha.

9.3 Para fins deste contrato, **são considerados exames básicos de apoio diagnóstico:**

- 1- Exames de Análise Clínica e Radioimunoensaio (Medicina Nuclear);
- 2- Exames de Citopatologia e Anátomo-Patologia;
- 3- Eletrocardiograma e Eletroencefalograma;
- 4- Exames radiológicos simples e exames contrastados de aparelho digestivo e urinário;
- 5- Colposcopia Colpocitologia;
- 6- Testes Alérgicos e Provas Imono-Alérgicas;
- 7- Exames de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, exceto os referidos na cláusula seguinte, itens 9.4.11 e 9.4.12.

9.4 Para fins deste contrato, **são considerados exames especiais de apoio diagnóstico:**

- 01- Ergometria, Holter e Ecocardiograma;
- 02- Exames de diagnóstico em Medicina Nuclear;
- 03- Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica realizados em regime ambulatorial;
- 04- Exames de Neurofisiologia;
- 05- Exames de Ultra-sonografia;
- 06- Exames Radiológicos de Tomografia Computadorizada, de Neurorradiologia, Angiografias, Coronariografias, Mielografia, Radiologia Intervencionista e Exames de Ressonância Magnética;
- 07- Exames de Hemodinâmica, e Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia;
- 08- Exames Angiológicos de DOPPLER, Fluxometria e Investigação Vascular Ultra-sônica;
- 09- Exames de Densitometria Óssea.
- 10- Histeroscopia diagnóstica.
- 11- Exames especiais em Oftalmologia : retinografia fluorescente, biometria e paquimetria Ultrassônica, microscopia especular de córnea e campimetria computadorizada.
- 12- Exames especiais em otorrinolaringologia : audiometria cortical, eletrococleografia, electroneurografia, pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (Bera), testes vestibulares, registro de nistagmo e teste de glicerol.

9.5 - Para fins deste contrato, são considerados procedimentos terapêuticos básicos, desde que realizados em regime ambulatorial, os seguintes procedimentos:

- 01- Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Oftalmologia;
- 02- Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Otorrinolaringologia;
- 03- Procedimentos Ambulatoriais em Ortopedia e Traumatologia;
- 04- Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Urologia;
- 05- Cirurgias de porte zero em Dermatologia e Cirurgia Plástica;
- 06- Inaloterapia;

9.6 - Para fins deste contrato, são considerados procedimentos terapêuticos especiais, desde que realizados em regime ambulatorial, são os seguintes procedimentos :

- 01- Fisioterapia;
- 02- Dessensibilização;
- 03- Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;
- 04- Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;
- 05- Radioterapia do tipo megavoltagem, cobaltoterapia, eletroterapia;
- 06- Radioterapia do tipo radiomoldagem, radioimplante e branquiterapia;
- 07- Quimioterapia ambulatorial
- 08- Quimioterapia intra-tecal ou com medicina nuclear;
- 09- Procedimentos Cirúrgicos ambulatoriais em Oftalmologia;
- 10- Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;
- 11- Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;
- 12- Procedimentos para Litotripsias;
- 13- Videolaparoscopia;
- 14- Artroscopia;
- 15- Diálise ou hemodiálise;
- 16- Hemoterapia;
- 17- Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;
- 18- Tratamento hiperbárico;

- 19- Cirurgias em regime de Day-Hospital;
- 20- Nutrição enteral ou parenteral;
- 21- Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em Cirurgia Plástica;

9.7 - Os exames e procedimentos terapêuticos especiais necessitarão sempre da autorização prévia da AMIL.

9.8 - Somente haverá cobertura dos custos referentes à remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos na sua rede de atendimento, observado o que segue:

- a) Prévia autorização da AMIL;
- b) Impossibilidade de locomoção do beneficiário;
- c) Remoção realizada por serviços credenciados.

9. Cláusula Nona

INTERNAÇÕES HOSPITALARES

10.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso de internações será realizada em hospitais de livre escolha ou nos hospitais autorizados e participantes da rede credenciada AMIL, para o tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e de acordo com as normas estabelecidas pelo CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar nos limites e condições do plano e módulo escolhidos e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito á coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na cláusula Décima Primeira, e no que segue:

- a) cobertura de internações hospitalares em quarto privativo / quarto coletivo e centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazo, valor ou quantidade;
- b) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- c) cobertura de exames complementares indispensáveis para o contrato da evolução da doença, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- d) cobertura de taxas hospitalares, materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no orientador médico do plano escolhido;
- e) cobertura de despesas de acompanhante, para os planos de rede credenciada somente no caso de pacientes menores de dezoito anos, e para qualquer idade nos planos de livre escolha, respeitados os direitos e obrigações previstas nos regulamentos internos de cada hospital;
- f) cobertura de internação neonatal ao recém-nascido, filho do titular ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, desde que nascido sob a cobertura da AMIL.

10.2 - Nas internações de caráter de **urgência ou emergência**, o beneficiário ou seu responsável fará comunicar à AMIL, **no prazo máximo de 1 (um) dia útil**, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato;

10.3 - As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela AMIL, até 5 (cinco) dias úteis antes da data da internação;

10.4 - **A falta de comunicação, no prazo previsto sobre as razões da internação, acarretará, a critério da AMIL, a não cobertura das despesas resultantes do atendimento;**

10.5 - A exigência da declaração do médico assistente visa deixar claro para a AMIL e o CONTRATANTE a existência da cobertura prevista neste contrato, **devendo especificar o diagnóstico, o tempo de evolução da doença, e o tratamento proposto.**

10.6 - O tempo de permanência hospitalar, na rede credenciada ou nos hospitais de livre escolha, será autorizado inicialmente por um período equivalente à medida de dias necessários ao tratamento de casos idênticos. A prorrogação de internação será concedida pela AMIL, mediante solicitação do médico assistente, justificando as razões do pedido;

10.7 - Em todos os casos que envolvam hemoterapia deverão ser observadas as normas estabelecidas para reposição de sangue pelas autoridades públicas.

10.8 - As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, como refeições para acompanhantes, telefonemas e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) **deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo beneficiário, sem direito a reembolso pela AMIL.**

10.9 - Estão cobertas as despesas com procedimentos vinculados à realização dos transplantes previstos em Lei, incluindo:

- I- as despesas assistenciais com doadores vivos;
- II- os medicamentos utilizados durante internação;
- III- o acompanhante clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- IV- as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

10.10 - Nos casos dos transplantes de órgãos de cadáver, o candidato ao mesmo deverá estar inscrito em uma **das listagens dos Centros de Notificação e Captação de Doadores de Órgãos CNCDO's, sujeitar-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos dos mesmos, respeitada a área de abrangência geográfica do contrato.**

10.11 - **As internações eletivas ou programas dos beneficiários dos planos AMIL de livre escolha, realizadas fora da rede credenciada AMIL no exterior, terão o reembolso das despesas hospitalares calculadas com base nos custos de hospitais credenciados no Brasil.**

11. Cláusula Décima Primeira

PROGRAMAS ESPECIAIS DE DIRECIONAMENTO EXCLUSIVO

11.1 - Nos planos de rede credenciada, exceto o plano Amil Opções Plus, as condições médicas a seguir relacionadas, terão o atendimento realizado por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Direcionamento Exclusivo, relacionados no Orientador Médico do plano escolhido.

- a) Transplantes de órgãos cobertos rins e córneas;
- b) Tratamento cirúrgico da refração;
- c) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;
- d) Tratamento de quimio e radioterapia;
- e) Tratamento fisioterápico de reabilitação;
- f) Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:

Grupo Diagnóstico	CID
Doenças do aparelho cárdio-circulatório	I 10 I 52
Diabetes mellitus	E 10 E 14
Doenças crônicas de vias aérea inferiores	J 40 J 47
Tratamento dialítico em Insuficiência renal	N 17 N 19
Doenças relacionadas ao HIV e suas complicações	B 20 B 24
Oncologia	C 00 C 97 D 00 D 09
Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química	F 00 F 99

11.2 - Nos planos de livre escolha e no plano Amil Opções Plus, as condições médicas a seguir relacionadas terão o atendimento realizado por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Direcionamento Exclusivo, relacionados no Orientador Médico do plano escolhido.

- a) Transplante de órgãos cobertos rins e córneas;
- b) Tratamento fisioterápico para reabilitação;
- c) Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:

Grupo Diagnóstico	CID
Tratamento dialítico em Insuficiência renal	N 17 N 19
Doenças relacionadas ao HIV e suas complicações	B 20 B 24
Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química	F 00 F 99

11.3 - A seleção destes credenciados é de exclusiva responsabilidade da Amil, que a divulgará no orientador médico do plano escolhido ou através de outros modos efetivos de comunicação.

11.4 - A AMIL poderá criar novos Programas para outras doenças.

11.5 - Nos casos de urgência ou emergência em que ocorra a internação em outro hospital que não faça parte deste programa, esta deverá ser comunicada imediatamente à Amil, que após autorização por parte do responsável ou de seu médico, providenciará a remoção do paciente para um dos hospitais de direcionamento. Somente nos casos em que por motivo médico não seja possível a transferência, será aplicado o reembolso previsto na cláusula 18.1 observados os direitos de seu plano e tendo como base os valores praticados nos hospitais autorizados da Amil.

12. Cláusula Décima Segunda

SAÚDE MENTAL

12.1 A cobertura de custos a que se refere este contrato corresponde ao estabelecido como obrigatório pelo CONSU, dividindo-se em :

a) **Atendimento às emergências**, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) **Psicoterapia de crise**, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, sem efeito cumulativo;

c) **Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas** para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID Código Internacional de Doenças Capítulo V;

d) **Internações hospitalar Psiquiátrica** em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral. para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID Código Internacional de Doenças Capítulo V, em situação de crise, com a exceção dos quadros de dependência química, incluído o alcoolismo. Haverá cobertura integral por 3 (trinta) dias de internação por ano, após este período haverá o pagamento obrigatório equivalente a 100(cem) unidades franquia por dia.

e) **Internação Hospitalar em Unidade Clínica** para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessitem de hospitalização, com custeio integral por 15(quinze) dia de internação por ano; após este período haverá o pagamento obrigatório equivalente a 100(cem) unidades franquia por dia.

12.2 - Considera-se que uma pessoa acha-se em situação de crise sempre que a mesma estiver em pelo menos uma das seguintes condições de risco pessoal provocadas por transtornos mental concomitante:

- risco de vida ou riscos físicos, como por exemplo: ameaça ou tentativa de suicídio, auto agressão;
- risco de danos morais importantes, como por exemplo: perda de decoro, destruição ou dilapidação de bens pessoais;
- risco de incapacitação, como por exemplo: perda do trabalho, da carreira escolar ou da função social relevante.

12.3 - O usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Para os diagnósticos F00 A F09, F20 A F29, F70 A F79 E F90 A F98, esta cobertura será estendida até 180 (cento e oitenta) dias por ano.

13. Cláusula Décima Terceira

COBERTURAS ADICIONAIS PARA OS PLANOS AMIL

13.1 - Nos planos **AMIL CONTINENTS** o CONTRATANTE tem incluída automaticamente a cobertura prevista nos aditivos Amil Resgate Saúde, podendo optar pelo aditivo Amil Programa de Medicamentos.

13.2 - Nos planos **AMIL QUALITY, AMIL OPÇÕES PLUS e AMIL OPÇÕES**, o CONTRATANTE poderá optar pelos aditivos Amil Internacional, Amil Resgate Saúde e Programa Amil de Medicamentos.

13.3 - Nos planos **MEDICUS e MEDICUS ESPECIAL**, o CONTRATANTE poderá optar pelos aditivos Amil Resgate Saúde e Programa Amil de Medicamentos.

13.4 - A inclusão destes aditivos será realizada quando da assinatura da Solicitação de Adesão ou do aniversário do contrato, ou por períodos que venham a ser estabelecidos pela AMIL, o que acrescentará ao preço um valor adicional, mediante o pagamento constante na tabela de preços da AMIL.

13.5 - As inclusões no aditivo Amil Internacional compreendem o titular e todos os seus dependentes.

13.6 - As inclusões no aditivo Amil Resgate Saúde compreendem obrigatoriamente o titular, podendo incluir ou não qualquer de seus dependentes.

13.7 - As inclusões no aditivo Amil Programa de Medicamentos compreendem todos os titulares e seus dependentes sendo obrigatória para todos os beneficiários do CONTRATO, independentemente do plano escolhido.

14. Cláusula Décima Quarta

ADITIVO INTERNACIONAL

14.1 - A AMIL assegura a todos os beneficiários dos planos AMIL CONTINENTS e aos beneficiários dos planos AMIL QUALITY, OPÇÕES PLUS e OPÇÕES que optarem pelo **Aditivo Amil Internacional** a cobertura de custos de internações eletivas ou programadas e de atendimento médico de urgência durante viagens ao exterior, realizados na rede credenciada AMIL no exterior.

14.2 - Os custos das internações eletivas ou programadas na rede credenciada em outros países terão cobertura **somente quando autorizadas previamente pela AMIL.**

14.2.1 - As consultas e exames relacionados à internação também estarão cobertos, desde que previamente autorizados pela AMIL.

14.2.2 - Os custos de transporte, hospedagem e quaisquer outras despesas em outros países são de exclusiva responsabilidade do CONTRATANTE.

14.2.3 - Os prazos de carência para a internação eletiva ou programada na rede credenciada no exterior são os mesmos estabelecidos na cláusula Sexta, sendo contadas a partir da vigência do termo aditivo.

14.3 - A Assistência Médica de Urgência em Viagens ao Exterior compreende as seguintes coberturas, de acordo com os limites e condições deste contrato.

- a) Atendimento médico de urgência, hospitalar e extra-hospitalar;
- b) Internação de urgência.

14.3.1 - Este benefício somente será concedido para beneficiários residentes no Brasil, durante viagens ao exterior **de duração máxima 24 meses consecutivos**.

14.3.2 - Os atendimentos médico-hospitalares de urgência **realizados fora da rede credenciada AMIL no exterior, terão o reembolso das despesas hospitalares calculadas com base nos custos de hospitais credenciados no Brasil**.

14.3.3 - O direito a este benefício é a partir de 01(um) mês após o início da vigência deste aditivo contratual.

15. Cláusula Décima Quinta

ADITIVO AMIL RESGATE SAÚDE

15.1 - A AMIL assegura a todos os beneficiários dos planos AMIL CONTINENTS e aos beneficiários dos planos AMIL QUALITY, OPÇÕES PLUS, OPÇÕES E MEDICUS que optarem pelo **Aditivo AMIL RESGATE SAÚDE** a cobertura dos custos das despesas com os procedimentos de resgate nas seguintes condições:

- a) **Nos estados onde existem base de resgate:** resgate aéreo, terrestre ou aeroterrestre, prestados por terceiros, exclusivamente para os casos de emergência/urgência especificados no item 15.3, alínea b;
- b) **Nos estados onde não existem base de resgate:** resgate aéreo por avião, prestado por terceiros, exclusivamente para os casos de emergência/urgência especificados no item 15.3, alínea b.

15.2 - **O resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre é o traslado inter-hospitalar através da combinação de transporte por ambulância, e/ou avião, de paciente em estado grave, dentro das condições patológicas descritas no item 15.3, alínea b.**

15.3 - A AMIL obriga-se à cobertura dos custos das despesas com o resgate **em conformidade com os limites, carências e condições deste contrato, na presença de todos os seguintes requisitos:**

- a) Prévia autorização da AMIL, que levará em consideração a inexistência de condições locais para o tratamento, não sendo autorizados os casos fora de possibilidade terapêuticas;
- b) Impossibilidade de locomoção do beneficiário devido **exclusivamente às condições médicas de emergência/urgência que se seguem:**

01 - Infarto agudo do miocárdio com necessidade de cirurgia de revascularização de urgência ou choque cardiogênico refratário ou arritmia ameaçadora de vida;

02 - Infarto agudo do miocárdio com dor mantida e indicação de angioplastia de urgência;

03 - Aneurisma dissecante de aorta em fase aguda;

04 - Estado de mal convulsivo em crianças;

05 - Politraumatismo;

- 06 - Trauma cranioencefálico;
- 07 - Traumatismo raquimedular na fase aguda inicial;
- 08 - Trauma de fase com distúrbio de ventilação;
- 09 - Traumatismo de face com lesão do globo ocular;
- 10 - Trauma torácico;
- 11 - Traumatismo de grandes vasos sangüíneos;
- 12 - Traumatismo abdominal;
- 13 - Traumatismo extenso de partes moles;
- 14 - Amputação traumática com possibilidade de reimplantes;
- 15 - Choque traumático;
- 16 - Grandes queimaduras;
- 17 - Acidentes com eletricidade com acometimento sistêmico;
- 18 - Asfixia por Imersão (afogamento);
- 19 - Intoxicações exógenas involuntárias;
- 20 - Picada de animais peçonhentos.

c) Percurso para o resgate aéreo por helicóptero, terrestre (ambulância) ou aeroterrestre (helicóptero e ambulância) dentro de um raio de 300 (trezentos) Km, a partir das bases do helicóptero resgatador;

d) Percurso para o resgate aéreo por avião, superior aos 300 (trezentos) Km, limitado ao território nacional, exclusivamente nas cidades que disponham de aeroportos autorizados pelo D.A.C. para tal aeronave;

e) Resgate realizado por serviço credenciado.

15.3.1 - A cobertura dos custos do transporte prevista neste contrato não inclui o direito a qualquer acompanhante, além da equipe do resgate, nem o direito à cobertura das despesas com o retorno do paciente ao local do início do transporte, salvo indicações médicas que o justifiquem.

15.3.2 - A cobertura do resgate de paciente grave por helicóptero ou por avião obedecerá às regras e instruções estabelecidas, pelo D.A.C. Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica, para tráfego aéreo e pouso de cada tipo de aeronave, tal como helicóptero e avião de pequeno porte.

15.3.3 - A cobertura de custos de internações subsequentes aos resgates obedecerá às carências, limites e condições do contrato e no plano escolhido.

15.4 - Para a remoção do paciente até o aeroporto local apropriado para o pouso da aeronave, faz-se necessária a prévia anuência do médico assistente local.

15.5 - O transporte dar-se-á sempre para um dos hospitais integrantes da rede credenciada e sempre de acordo com a determinação de médico resgatador.

15.6 - A autorização para o transporte será de exclusiva responsabilidade do médico resgatador, após avaliação e exame do paciente no local de origem.

15.7 - Em nenhuma hipótese haverá reembolso para os procedimentos de resgate realizados por terceiros não credenciados.

16. Cláusula Décima Sexta

ADITIVO PROGRAMA AMIL DE MEDICAMENTOS

16.1 - AAMIL assegura a todos os beneficiários dos planos AMIL CONTINENTS, QUALITY, OPÇÕES PLUS, OPÇÕES, MEDICUS, MEDICUS ESPECIAL, que optarem pelo **Aditivo PROGRAMA AMIL DE MEDICAMENTOS** o direito ao desconto estabelecido nos termos aditivos sobre o preço dos medicamentos incluídos na **LISTAGEM AMIL DE MEDICAMENTOS**, observadas as seguintes condições:

- a) Este aditivo somente é válido na **REDE DE FARMÁCIAS FARMALIFE**.
- b) A Listagem Amil de Medicamentos inclui a relação de medicamentos que poderão ser adquiridos com desconto, sendo sua elaboração e atualização de exclusiva responsabilidade da AMIL.
- c) A aquisição de medicamentos com desconto far-se-á mediante a apresentação obrigatória da receita médica, com identificação do médico pelo seu CRM.
- d) A quantidade de embalagens autorizadas para aquisição com desconto é de 3 (três) unidades por medicamentos por receita por mês.
- e) No caso de medicamentos de uso continuado, a mesma receita será válida para a aquisição de 3 unidades mensais por até 3 meses após a data de sua assinatura.

16.2- O direito a este benefício é a partir de 01 (um) mês após a inclusão do beneficiário.

17. Cláusula Décima Sétima

REEMBOLSO

17.1 - O reembolso das despesas pelo atendimento na rede de serviços não credenciados se efetuará, nos limites das obrigações contratuais, de acordo com o que segue:

a) Planos AMIL Opções, AMIL Medicus, Amil Medicus Especial e AMIL Referência somente para o atendimento em pronto-socorros hospitalares de casos caracterizados de urgência ou emergência, quando comprovadamente não for possível a utilização de serviços credenciados pela CONTRATADA, e de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares da mesma, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada

b) Planos AMIL Continents, AMIL QUALITY e AMIL Opções Plus no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a entrega da documentação adequada

17.1.1 - Consulta: recibos ou nota fiscal válidos como recibo, com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, **valor de desconto quando houver**, assinatura, CPF e/ou CGC, CRM e endereço do médico assistente legíveis, e data de realização do evento. **Não é aceito o desmembramento de recibos para um mesmo evento.**

17.1.2 - Atendimento de pronto-socorro-hospitalar: nota fiscal válida como recibo, 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 CGC, CRM, ISS, endereço legíveis e data da realização do evento.

17.1.3 - Exames complementares e serviços de diagnósticos e tratamento: recibos ou nota fiscal válidos como recibo, 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 CGC, CRM, ISS, endereços legíveis e data da realização do evento.

17.1.4 - Honorários médicos durante a internação: recibos ou nota fiscal válida como recibo, 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, valores cobrados, **valor de desconto, quando houver**, assinatura, CPF e/ou CGC, CRM e endereço legíveis e data da realização do evento.

17.1.5 - Internação: nota fiscal, e seu 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.

O reembolso para os custos hospitalares de internação observará a adequada justificativa médica no que diz respeito à permanência hospitalar e aos recursos terapêuticos utilizados.

17.1.6 - Qualquer outro documento ou informação que possa ser requerido pela AMIL.

17.2 - A AMIL 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.

17.3 - Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à AMIL, no prazo máximo de até **30 (trinta) dias corridos**, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar.

17.3.1 - Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam cálculo correto do reembolso, a AMIL poderá solicitar do beneficiário documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, no prazo de até 30 (trinta) dias após a chegada da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de 30 (trinta) dias a partir desta entrega.

17.4 - Os valores aprovados para reembolso serão pagos à pessoa identificada como responsável na solicitação de adesão, sendo indispensável a apresentação de seu CPF, e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

18. Cláusula Décima Oitava

PAGAMENTO DE MENSALIDADES E OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

18.1 - Todos os pagamentos serão feitos pela CONTRATANTE à AMIL, de acordo com as condições definidas no aditivo Tabela de Preços, sem prejuízos das demais cláusulas contratuais.

18.2 - Nenhum pagamento será reconhecido como feito à AMIL, se a CONTRATANTE não possuir comprovantes devidamente autenticados por bancos ou escritório central autorizado pela AMIL.

18.3 - **Cobrança por faixa etária** é aquela cuja mensalidade é calculada em função do número de beneficiários e sua distribuição por faixa etária. **As faixas etárias** previstas neste contrato são: **de 0 a 17 anos; de 18 a 29 anos; de 30 a 39 anos; de 40 a 49 anos; de 50 a 59 anos, de 60 a 69 anos e 70 ou mais anos;**

18.3.1- Ocorrendo alterações na idade de qualquer beneficiários, que importe em deslocamento para outra faixa etária, as mensalidades serão reajustadas para os valores da nova faixa, no mês seguinte ao da ocorrência.

18.3.2- **A variação de preços das mensalidades**, em consequência da mudança da faixa etária do beneficiário, far-se-à com os seguintes percentuais, que se acrescentarão sobre o valor da última mensalidade:

- a) Ao completar 18 anos, acréscimo de 17% (dezesete por cento);
- b) Ao completar 30 anos, acréscimo de 20% (vinte por cento);
- c) Ao completar 40 anos, acréscimo de 9% (nove por cento);
- d) Ao completar 50 anos, acréscimo de 48% (quarenta e oito por cento);
- e) Ao completar 60 anos, acréscimo de 164,91% (cento e sessenta e quatro e noventa e um centésimos por cento);
- f) Ao completar 70 anos, não terá qualquer acréscimo

18.4 - Na inexistência de normas legais que regulamentem o reajuste de preços, será aplicada a fórmula que segue:

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

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 através de 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 conta dos Orientadores Médicos AMIL;

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.

18.5 - As mensalidades serão corrigidas de acordo com a cláusula 18.4 na periodicidade autorizada pela legislação vigente ou quando ocorrer desequilíbrio econômico-financeiro do contrato.

18.5.1 - Os reajustes dos aditivos serão realizados na mesma data do reajuste principal.

18.6 - O valor da Unidade de Franquia Amil será reajustado na periodicidade estabelecida pela legislação vigente e de acordo com o estabelecimento na cláusula 18.4; a data deste reajuste independe da data de reajuste deste contrato, tendo em vista que o valor desta unidade se aplica a todos os contratos do Sistema Amil de Saúde.

18.7 - O pagamento da mensalidade não quita débitos anteriores e nem dá ao beneficiários o direito aos benefícios, se não houver ocorrido a quitação das mensalidades anteriores.

18.8 - O preço por beneficiário cadastrado ou excluído fora do período pré-determinado na **Proposta Contratual** será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando em justificativa para atraso de pagamento, qualquer divergência que ocorra, na relação

18.9 - Os impostos e demais encargos que incidam ou venham a incidir sobre a mensalidade ou contrato serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

18.10 - O CONTRATANTE em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades estará sujeito à aplicação de multa e juros de mora.

18.11 - O pagamento posterior não quita débitos anteriores.

18.12 - São Obrigações da CONTRATANTE:

a) Pagar as mensalidades de acordo com o estabelecido pela **AMIL**, relativamente ao local, forma e data de pagamento, calculadas de acordo com o número de beneficiários inscritos no plano escolhido e conforme previsto na Proposta Contratual.

b) Devolver, ao término do contrato ou exclusão de beneficiários, os documentos da **AMIL** em poder dos beneficiários que permitem o uso do sistema, em especial a carteira de identificação, responsabilizando-se pelos usos indevidos do sistema.

19. Cláusula Décima Nona

VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO CONTRATO E TRANSFERÊNCIAS DE PLANO

19.1 - O período de vigência deste contrato é de 12 (doze) meses, renovado automaticamente por igual período, podendo ser rescindido por qualquer uma das partes mediante aviso prévio por escrito de 30 (trinta) dias, ficando vedadas neste período qualquer movimentação cadastral.

19.2 - Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, o presente contrato será rescindido de pleno direito, sem que caiba direito a qualquer indenização, nas seguintes hipóteses:

1 - Fraude ou dolo.

2- Se a CONTRATANTE impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência necessária à proteção dos direitos da AMIL.

3 - Se, por má-fé, a CONTRATANTE omitir informações ou tentar, por qualquer meio, obter vantagens ilícita deste contrato.

4- Se a CONTRATANTE praticar em suas declarações qualquer omissão, inexatidão ou erro, que tenham influído na aceitação das condições deste contrato.

5 - Se, devido a exclusão de beneficiários, o número de titulares se torna inferior a 05 (cinco).

6 - Se ocorrer atraso de pagamento de 60 dias.

19.3 Extinto o contrato, qualquer que seja o motivo, a AMIL deixará de ser responsável pela cobertura dos custos ou reembolso das despesas havidas após a extinção, passando esta responsabilidade para a CONTRATANTE, e ficando a AMIL autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança, à CONTRATANTE, dos custos incorridos.

19.4 A AMIL admitirá a transferência do titular e de seus dependentes para um plano com maiores benefícios, somente no aniversário do contrato, ficando os mesmos sujeitos ao cumprimento dos prazos de carência estipulados na cláusula 6.2, para os novos benefícios previstos no novo plano.

19.4.1 Os prazos de carência serão contados a partir da data de inclusão do beneficiário no novo plano.

19.4.2 A **CONTRATANTE** pagará as taxas referentes ao novo plano, permanecendo os beneficiários com direito a utilizar os benefícios que já tinham adquiridos no anterior.

19.4.3 Será admitida, a transferência do titular e seus respectivos dependentes para um plano com menores benefícios, salvo o beneficiado com hospitalização, caso em que essa transferência só será admitida após decurso de 12 (doze) meses contados da última alta hospitalar.

19.4.4 A transferência de plano será permitida observando-se os mesmos períodos de cadastramento das inclusões e entrega dos formulários correspondentes.

19.4.5 Existindo beneficiários titulares e dependentes, a transferência somente será admitida se ocorrerem simultaneamente.

20. Cláusula Vigésima

PLANO AMIL REFERÊNCIA

20.1 O **Plano AMIL Referência** assegura a cobertura de custos na rede credenciada, de consultas médicas, atendimento de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar, serviços auxiliares de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais, honorários médicos e custos hospitalares de internações, incluindo obstetrícia e neonatologia.

20.1.1 A abrangência geográfica a rede credenciada do **Plano AMIL Referência** é aquela que corresponde aos municípios relacionados no Orientador Médico Amil Referência.

20.2 - O Plano AMIL Referência tem cobertura de custos hospitalares de internações somente em padrão quarto coletivo ou centro de terapia intensiva ou similar.

20.3 - O Plano AMIL Referência não permite a adoção de franquias, exceto em caso de saúde mental.

20.4 - O Plano AMIL Referência não permite a opção de qualquer uma das coberturas adicionais previstas para os demais planos e especificadas nas Cláusulas Décima Terceira até Décima Sexta, inclusive.

20.5 - Aplicam-se ao Plano AMIL Referência todas as demais cláusulas e condições contratuais, prevalecendo sobre as mesmas o especificado nesta Cláusula Vigésima.

21. Cláusula Vigésima Primeira

DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO

21.1- O direito de credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviços é de competência exclusiva da AMIL. Em caso de descredenciamento, a AMIL providenciará alternativas para a continuidade do atendimento.

21.2- As divergências de natureza médica sobre o atendimento previsto no contrato, incluindo o sentido da terminologia utilizada no presente contrato, serão dirimidas por uma Junta Médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **CONTRATANTE**, outro pela **AMIL** e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

21.2.1- Se não houver acordo quanto à escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas sediadas na localidade do escritório da **AMIL**.

21.2.2 - A remuneração do médico desempatador é de responsabilidade da **AMIL**.

21.3 - **As partes deverão zelar pelo rigoroso cumprimento de normas e procedimentos previstos na legislação relativa do sigilo médico.**

21.4 - Não é admitida a presunção de que a **AMIL** ou o **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, de seus aditivos ou de comunicações posteriores por escrito.

21.5 - Fica convencionado, entre as partes, que independentemente do especificado acima, poderá ser requerido pelo beneficiário que se desligar da Empresa **CONTRATANTE**, continuar como associado pessoa física da **AMIL**, observando o que estabelece a legislação.

21.6- Os **CONTRATANTES** elegem o Foro da Capital deste Estado para o caso de litígio ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.