

Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde
Coletivo por adesão



amil

 SUPERMED

Olá, seja bem-vindo(a)!

Você adquiriu um plano de saúde coletivo por adesão, que possui uma forma de contratação própria e obedece às regras específicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Essa modalidade de plano destina-se ao atendimento de um grupo de pessoas que, assim como você, faz parte de uma categoria profissional, classista ou setorial, e é vinculado a uma Entidade de Classe.

A SUPERMED é a Administradora de Benefícios responsável por viabilizar esse benefício. Foi ela quem contratou o plano junto à Operadora AMIL e o disponibilizou a você, por meio de um convênio com a sua Entidade.

Ao reunir os beneficiários em grupos, em parceria com a sua Entidade de Classe, a SUPERMED consegue negociar melhores condições para todos. É a força da coletividade, beneficiando você e sua família.

Este Manual foi elaborado com o objetivo de reforçar as regras e condições estabelecidas no seu contrato de adesão e esclarecer todos os aspectos relativos à utilização, manutenção e eventual cancelamento do seu plano.

ÍNDICE

1. O QUE É O PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO?	4
2. DEFINIÇÕES (CONCEITOS IMPORTANTES)	4
3. A SUPERMED ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS	7
4. O CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO	9
5. CLASSIFICAÇÃO DOS PRODUTOS	10
6. COBERTURAS GARANTIDAS	17
7. EXCLUSÕES DE COBERTURA	27
8. PRAZOS DE CARÊNCIA	30
9. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	31
10. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	34
11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	38
12. ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	48
13. PAGAMENTOS	51
14. REAJUSTES	52
15. ALTERAÇÕES DE DADOS CADASTRAIS (MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS)	55
16. INCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS	57
17. CANCELAMENTO DO PLANO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO	58
18. CANCELAMENTO DO PLANO POR INADIMPLÊNCIA	59
19. PERDA DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE	59
20. LEMBRETES IMPORTANTES	61

ANEXO I: ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NACIONAL

1. OBJETO	2
2. ELEGIBILIDADE	2
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO	3
4. COBERTURAS	3
5. UTILIZAÇÃO	5
6. VIGÊNCIA	6
7. RESCISÃO	6

ANEXO II: COBERTURAS ADICIONAIS

1. O QUE É O PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO?

É o plano contratado por uma Administradora de Benefícios junto a uma Operadora de Saúde e disponibilizado ao Beneficiário por meio de convênio com uma Entidade de Classe profissional, classista ou setorial.

Nesse caso, os beneficiários dos planos coletivos por adesão são as pessoas que mantêm vínculo com a Entidade de Classe. O plano coletivo por adesão que você adquiriu foi contratado pela Supermed Administradora de Benefícios.

2. DEFINIÇÕES (CONCEITOS IMPORTANTES)

Veja algumas definições que irão facilitar a leitura deste Manual.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS: é a pessoa jurídica conveniada com a Entidade de Classe para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

ÁREA DE ATUAÇÃO: é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

BENEFICIÁRIO: o Beneficiário de plano privado de assistência à saúde COLETIVO POR ADESÃO é a pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação, normativos regulatórios e em contrato de adesão assinado com a Administradora de Benefícios e a Operadora, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica. O Beneficiário Titular é quem possui o vínculo com uma das pessoas jurídicas definidas no art. 9º da Resolução Normativa nº 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CARÊNCIA: é o período que o beneficiário deve aguardar para começar a utilizar os procedimentos previstos nos planos de saúde.

COBERTURA: segmentação assistencial do plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde e compreende procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos e atendimentos de urgência e emergência determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e neste contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é um período em que o beneficiário pode ter restrições da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e eventos cirúrgicos relacionados às doenças pré-existentes, ou seja, que o beneficiário já portava antes de ingressar no plano de saúde.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário à operadora após a realização de determinados procedimentos. As regras aplicadas a valores e cobranças dependem da escolha do plano contratado.

DOENÇA OU LESÃO PRÉ-EXISTENTE (DLP): doença ou lesão da qual o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

ENTIDADE DE CLASSE: é a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial que representa a população a ela vinculada e que contrata a Supermed como sua Administradora de Benefícios para defender os interesses dos Beneficiários perante a Operadora. A Entidade de Classe a que o Beneficiário Titular está vinculado é aquela indicada no contrato de adesão e, portanto, quem legitima seu ingresso e permanência no plano.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica o risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico credenciado, cooperado ou assistente.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano começa.

OPERADORA: é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão.

PLANO: é o produto, conforme registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar, contratado em sua proposta de adesão.

REAJUSTE ANUAL (financeiro e por índice de sinistralidade): acontece todos os anos sempre na data de assinatura do contrato firmado entre a Operadora e a SUPERMED, ou seja, este reajuste aplica-se a todos os beneficiários do grupo exatamente no mesmo período, independentemente de quando tenha acontecido a adesão pelo beneficiário.

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA: acontece quando o beneficiário muda de idade conforme os grupos de faixa etária previstos no contrato. Essa regra é comum a todos os contratos de plano de saúde independentemente de se tratar de planos coletivos ou individuais.

REDE CREDENCIADA: conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela Operadora para oferecer cuidado aos BENEFICIÁRIOS em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A lista de todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais –, com os serviços de especialidades e de acordo com o plano, estará disponível no endereço eletrônico da Operadora e qualquer alteração é de responsabilidade desta.

REEMBOLSO: mecanismo de regulação que permite o ressarcimento de despesas assistenciais realizadas pelo BENEFICIÁRIO oriundas do serviço de prestadores não pertencentes à rede credenciada ou referenciados ao plano, nos termos do disposto neste contrato. A disponibilidade e as regras aplicadas a valores e cobranças dependem da escolha do plano contratado.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO: só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, por uma das pessoas jurídicas contratantes (Operadora, Administradora ou Entidade), em caso de inadimplência do beneficiário, perda da elegibilidade ou se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

ROL: lista de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época da contratação e suas atualizações, bem como suas Diretrizes de Utilização (DUT), diretrizes clínicas e protocolos de utilização. Para fins deste contrato, o rol compreende a cobertura mínima que deve ser garantida pela CONTRATADA, de acordo com a segmentação do plano. A responsabilidade pela atualização do rol é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e a lista completa de procedimentos contemplados por ele está disponível no site: www.ans.gov.br.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito conforme o plano contratado.

TABELA AMIL DE REEMBOLSO: tabela que contém a relação dos procedimentos médico-hospitalares que servirá de base para o cálculo do reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelo BENEFICIÁRIO quando do acesso à livre escolha de prestadores, para planos que preveem essa modalidade. Essa relação poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o rol. A tabela está disponível para todos os segurados no endereço, de acordo com a segmentação do plano, e também registrada no site da Operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

3. A SUPERMED ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Supermed foi criada para oferecer planos coletivos por adesão de coberturas de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, que têm como principal objetivo oferecer ao público associado das Entidades (pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial), e à população elegível por essas mesmas Entidades, o benefício de assistência à saúde suplementar, por meio de apólices e contratos com Operadoras de Planos de Saúde renomadas pelas melhores condições possíveis.

A AMIL e a entidade a qual está vinculado o beneficiário, analisaram o projeto, tendo concordado com a sua implantação, conforme as condições ajustadas no contrato coletivo por adesão, mantido com a Supermed, cujas condições contratuais estão reproduzidas neste Manual.

Nosso objetivo compreende, ainda, oferecer e conferir aos beneficiários um resultado final consistente numa assistência eficaz à saúde, com pronto e eficiente atendimento. Abaixo destacamos as principais atividades e serviços que são oferecidos pela Supermed como Administradora de Benefícios e na qualidade de estipulante.

- I. Promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 29 da Resolução Normativa nº 557, de 14 de dezembro de 2022.
- II. Contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;
- III. Oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;
- IV. Apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:
 - a) Negociação de reajuste;
 - b) Aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e
 - c) Alteração de rede assistencial.

Além das atividades constantes acima, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

- I. Apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;
- II. Terceirização de serviços administrativos;
- III. Movimentação cadastral;
- IV. Conferência de faturas;
- V. Cobrança ao beneficiário por delegação; e
- VI. Consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

CANAIS DE ATENDIMENTO SUPERMED



Site: www.supermed.com.br



E-mail: contato@supermed.com.br



Whatsapp Supermed Clientes: **(21) 96595-2590**



Central de Atendimento: **(21) 4020-5040**

Use a Central de Serviços para fazer alterações cadastrais e tratar de outras questões específicas do seu plano: cobranças, solicitações, dúvidas, etc.

4. O CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

A SUPERMED CONTRATOU COM A AMIL ESTE PRODUTO COLETIVO POR ADESÃO DE COBERTURA DE DESPESAS AMBULATORIAIS, HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (LEI Nº 9.656/98) E NORMAS REGULAMENTARES EDITADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) E, AINDA, COM A OBSERVANCIA DO CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR E DO ESTATUTO DO IDOSO.

Trata-se de um contrato por adesão de cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas celebrado entre a SUPERMED e a AMIL e destinado à população que mantenha vínculo com a sua entidade.

OPERADORA

AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A (ANS Nº 32.630-5)

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/CONTRATANTE

SUPERMED ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS (ANS Nº 42.140-5)

ENTIDADE DE CLASSE

Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial que representa a população à ela vinculada e que mantenha contrato com a SUPERMED para a oferta dos planos coletivos por adesão aqui tratados.

BENEFICIÁRIOS TITULARES

Poderão ser beneficiários titulares todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada no Contrato de Adesão (a "Proposta"), com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido ao contrato coletivo de plano de saúde.

BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Poderão ser beneficiários dependentes os indivíduos que mantenham e comprovem vínculo de dependência conforme parentescos estabelecidos pela Operadora.

4.1. DURAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

VIGÊNCIA: O Contrato coletivo por adesão entre a SUPERMED e a AMIL vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias por qualquer das partes.

RESCISÃO: O contrato coletivo por adesão celebrado entre a SUPERMED e a AMIL poderá ser rescindido por qualquer uma das partes. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a SUPERMED será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

5. CLASSIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores credenciados pela AMIL, pela sua abrangência geográfica, sua acomodação em caso de internação, bem como pelo acesso a livre escolha de prestadores. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte o Quadro-Resumo abaixo:

PLANOS COMERCIALIZADOS							
Planos	Código ANS	Praça de Comercialização	Abrangência	Segmentação Assistencial	Reembolso*	Acomodação em internação	Coparticipação
Amil Adesão Bronze RJ I QC Copart	500.385/24-7	Rio de Janeiro	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Coletivo	Parcial
							Total
Amil Adesão Bronze RJ Mais QC Copart	500.387/24-3		Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Coletivo	Parcial
							Total
Amil Adesão Prata RJ QC Copart	500.390/24-3		Estadual	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Coletivo	Parcial
							Total
Amil Adesão Prata RJ QP Copart	500.384/24-9		Estadual	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Individual	Parcial
							Total

(*) Consultas eletivas e clínicas / Atendimento de Urgência em P.S. / Honorários Médicos de Internação Cirúrgica / Honorários Médicos de Internação Clínica conforme tabela informada pela Operadora.

PLANOS COMERCIALIZADOS

Planos	Código ANS	Praça de Comercialização	Abrangência	Segmentação Assistencial	Reembolso*	Acomodação em internação	Coparticipação
Amil Adesão Bronze SP I QC Copart	500.389/24-0	São Paulo	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Coletivo	Parcial
							Total
Amil Adesão Bronze SP Mais QC Copart	500.386/24-5		Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Coletivo	Parcial
							Total
Amil Adesão Bronze SP Mais I QC Copart	501.189/24-2		Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Coletivo	Parcial
							Total
Amil Adesão Prata SP QC Copart	500.393/24-8		Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Coletivo	Parcial
							Total
Amil Adesão Prata SP QP Copart	500.394/24-6		Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Individual	Parcial
							Total
Amil Adesão Bronze DF I QC Copart	501.767/25-0	Distrito Federal e Goiás	Municipal	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Coletivo	Parcial
							Total
Amil Adesão Bronze DF I QP Copart	501.773/25-4		Municipal	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Individual	Parcial
							Total
Amil Adesão Prata DF QC Copart	500.391/24-1		Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Coletivo	Parcial
							Total
Amil Adesão Prata DF QP Copart	500.392/24-0		Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Individual	Parcial
							Total
Amil Adesão Prata MG QC Copart	500.869/24-7	Minas Gerais	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Individual	Parcial
							Total
Amil Adesão Prata MG QP Copart	500.872/24-7		Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Não	Individual	Parcial
							Total

(*) Consultas eletivas e clínicas / Atendimento de Urgência em P.S. / Honorários Médicos de Internação Cirúrgica / Honorários Médicos de Internação Clínica conforme tabela informada pela Operadora.

PLANOS COMERCIALIZADOS							
Planos	Código ANS	Praça de Comercialização	Abrangência	Segmentação Assistencial	Reembolso*	Acomodação em internação	Coparticipação
Amil Adesão Ouro SP RJ DF PR MG QC R Copart	500.433/24-1	Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Distrito Federal e Goiás	Grupo de Estados	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Sim	Coletivo	Parcial
							Total
Amil Adesão Ouro SP RJ DF PR MG QP R Copart	500.432/24-2		Grupo de Estados	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Sim	Individual	Parcial
							Total
Amil Adesão Platinum SP RJ DF PR MG QP R1 Copart	500.431/24-4		Grupo de Estados	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Sim	Individual	Parcial
							Total
Amil Adesão Platinum SP RJ DF PR MG QP R2 Copart	500.431/24-4	Grupo de Estados	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Sim	Individual	Parcial	
						Total	
Amil Adesão Platinum Mais SP RJ DF PR MG QP R1 Copart	500.435/24-7	Grupo de Estados	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Sim	Individual	Parcial	
						Total	
Amil Adesão Platinum Mais SP RJ DF PR MG QP R2 Copart	500.435/24-7	Grupo de Estados	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Sim	Individual	Parcial	
						Total	

(*) Consultas eletivas e clínicas / Atendimento de Urgência em P.S. / Honorários Médicos de Internação Cirúrgica / Honorários Médicos de Internação Clínica conforme tabela informada pela Operadora.

5.1. ÁREA DE ATUAÇÃO

PLANOS EXCLUSIVOS DO RIO DE JANEIRO	ÁREA DE ATENDIMENTO POR PLANO
	Amil Adesão Bronze RJ I QC Copart - ANS 500.385/24-7
	Municípios RJ: Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Niterói, Nova Iguaçu e São Gonçalo.
	Amil Adesão Bronze RJ Mais QC Copart - ANS 500.387/24-3
	Municípios RJ: Araruama, Barra Do Pirai, Barra Mansa, Belford Roxo, Cabo Frio, Campos Dos Goytacazes, Duque De Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Macaé, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, Pirai, Porto Real, Queimados, Resende, Rio Bonito, Rio De Janeiro, Rio De Janeiro, São Gonçalo, São João De Meriti, Seropédica, Tanguá, Teresópolis e Volta Redonda.
	Amil Adesão Prata RJ QC Copart – ANS 500.390/24-3 e Amil Adesão Prata RJ QP Copart - ANS 500.384/24-9
	Todo Estado do Rio de Janeiro

PLANOS EXCLUSIVOS DE DISTRITO FEDERAL/GOIÁS	ÁREA DE ATENDIMENTO POR PLANO
	Amil Adesão Bronze DF I QC Copart - ANS 501.767/25-0 e Amil Adesão Bronze DF I QP Copart - ANS 501.773/25-4
	Brasília.
	Adesão Prata DF QC Copart - ANS 500.391/24-1 e Adesão Prata DF QP Copart - ANS 500.392/24-0
	DF e Municípios GO: Brasília, Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Formosa, Luziânia, Novo Gama, Planaltina e Valparaíso de Goiás.

PLANOS EXCLUSIVOS DE MINAS GERAIS	ÁREA DE ATENDIMENTO POR PLANO
	Amil Adesão Bronze RJ I QC Copart - ANS 500.385/24-7
	Municípios MG: Araguari, Belo Horizonte, Belo Vale, Betim, Bonfim, Borda da Mata, Brumadinho, Cachoeira de Minas, Caeté, Confins, Congonhal, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Cristiano Ottoni, Crucilândia, Esmeraldas, Espírito Santo do Dourado, Estiva, Florestal, Ibirité, Igarapé, Indianópolis, Itabirito, Itaverava, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mariana, Mario Campos, Mateus Leme, Matozinhos, Moeda, Monte Alegre de Minas, Montes Claros, Nova Lima, Nova União, Ouro Branco, Ouro Preto, Pedro Leopoldo, Piedade dos Gerais, Pouso Alegre, Prata, Queluzito, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Rio Manso, Sabará, Santa Luzia, Santa Rita do Sapucaí, Santana do Riacho, Santana dos Montes, São Brás do Suaçuí, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, São Sebastião da Bela Vista, Sarzedo, Silvanópolis, Taquaruçu de Minas, Tupaciguara, Uberaba, Uberlândia e Vespasiano.

ÁREA DE ATENDIMENTO POR PLANO

Amil Adesão Bronze SP I QC Copart - ANS 500.389/24-0

Municípios SP: Arujá, Cabreúva, Caieiras, Campo Limpo Paulista, Cubatão, Diadema, Guarujá, Guarulhos, Itaquaquetuba, Itupeva, Jundiaí, Mauá, Mogi Das Cruzes, Praia Grande, Ribeirão Pires, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Várzea Paulista e Vinhedo.

Amil Adesão Bronze SP Mais QC Copart - ANS 500.386/24-5 e Amil Adesão Bronze SP Mais I QC Copart - ANS 501.189/24-2

Municípios SP: Arujá, Barueri, Bertioga, Cabreúva, Caieiras, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cotia, Cubatão, Diadema, Embu Das Artes, Ferraz De Vasconcelos, Francisco Morato, Franco Da Rocha, Guararema, Guarujá, Guarulhos, Itanhaém, Itapeçerica Da Serra, Itapevi, Itaquaquetuba, Itupeva, Jandira, Jarinu, Jundiaí, Louveira, Mairiporã, Mauá, Mogi Das Cruzes, Mongaguá, Osasco, Peruíbe, Poá, Praia Grande, Ribeirão Pires, Santa Isabel, Santana De Parnaíba, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano Do Sul, São Paulo, São Vicente, Suzano, Taboão Da Serra, Vargem Grande Paulista, Várzea Paulista e Vinhedo.

Amil Adesão Prata SP QC Copart - ANS 500.393/24-8 e Amil Adesão Prata SP QP Copart - ANS 500.394/24-6

Municípios SP: Adolfo, Aguas De Lindoia, Aguas de São Pedro, Alambari, Altinópolis, Alumínio, Alvares Florence, Americana, Americo De Campos, Amparo, Angatuba, Aparecida, Aparecida D'Oeste, Apiaí, Araçariguama, Aracoiaba Da Serra, Arapeí, Areias, Ariranha, Artur Nogueira, Arujá, Aspásia, Atibaia, Bady Bassitt, Balsamo, Bananal, Barra do Chapéu, Barrinha, Barueri, Batatais, Bertioga, Biritiba-Mirim, Boituva, Bom Jesus Dos Perdoes, Bom Sucesso De Itararé, Braganca Paulista, Brodowski, Buri, Cabreúva, Caçapava, Cachoeira Paulista, Caieiras, Cajamar, Cajuru, Campina Do Monte Alegre, Campinas, Campo Limpo Paulista, Campos Do Jordao, Canas, Capão Bonito, Capela Do Alto, Carapicuíba, Cardoso, Cassia Dos Coqueiros, Catanduva, Catiguá, Cedral, Cerquilha, Cesário Lange, Charqueada, Cosmópolis, Cosmorama, Cotia, Cravinhos, Cruzeiro, Cubatão, Cunha, Diadema, Dirce Reis, Dolcinópolis, Dumont, Elisiário, Embu Das Artes, Embu-Guaçu, Estrela D'Oeste, Fernando Prestes, Fernandópolis, Ferraz De Vasconcelos, Floreal, Francisco Morato, Franco Da Rocha, Gastão, Vidigal, General Salgado, Guapiaçu, Guapiara, Guarani D'Oeste, Guararema, Guaratinguetá, Guareí, Guariba, Guarujá, Guarulhos, Guataparã, Holambra, Hortolândia, Ibirá, Ibiúna, Icem, Igaratá, Indaiatuba, Indiapora, Iperó, Ipeúna, Ipigua, Iracemópolis, Irapuã, Itaberá, Itajobi, Itanhaém, Itaoca, Itapeçerica Da Serra, Itapetininga, Itapeva, Itapevi, Itapirapuã Paulista, Itaquaquetuba, Itararé, Itatiba, Itu, Itupeva, Jaboticabal, Jacareí, Jaci, Jaguariúna, Jales, Jambeiro, Jandira, Jardinópolis, Jarinu, Joanópolis, Jose Bonifácio, Jumirim, Jundiaí, Juititaba, Lagoinha, Lavrinhas, Limeira, Lindoia, Lorena, Louveira, Luís Antônio, Macaúbal, Macedônia, Magda, Mairinque, Mairiporã, Marapoama, Marinópolis, Mauá, Mendonça, Meridiano, Mesópolis, Mira Estrela, Mirassol, Mirassolândia, Mogi Das Cruzes, Monções, Mongaguá, Monte Alegre Do Sul, Monte Alto, Monte Aprazível, Monte Mor, Monteiro Lobato, Morungaba, Natividade Da Serra, Nazaré Paulista, Neves Paulista, Nhandeara, Nipoa, Nova Aliança, Nova Campina, Nova Canaã Paulista, Nova Granada, Nova Odessa, Novais, Novo Horizonte, Onda Verde, Orindiúva, Osasco, Ouroeste, Palestina, Palmares Paulista, Palmeira D'Oeste, Paraibuna, Paraíso, Paranapuã, Parisi, Paulínia, Paulo De Faria, Pedra Bela, Pedranópolis, Pedreira, Peruíbe, Piedade, Pilar Do Sul, Pindamonhangaba, Pindorama, Pinhalzinho, Piquete, Piracaia, Piracicaba, Pirangi, Pirapora Do Bom Jesus, Pitangueiras, Planalto, Poa, Poloni, Pontal, Pontalinda, Pontes Gestal, Populina, Porto Feliz, Potim, Potirendaba, Pradópolis, Praia Grande, Quadra, Queluz, Redenção Da Serra, Ribeira, Ribeirão Branco, Ribeirão Grande, Ribeirão Pires, Ribeirão Preto, Rio Claro, Rio Das Pedras, Rio Grande Da Serra, Riolandia, Riversul, Roseira, Rubineia, Sales, Salesópolis, Saltinho, Salto, Salto De Pirapora, Santa Adélia, Santa Albertina, Santa Barbara D'Oeste, Santa Branca, Santa Clara D'Oeste, Santa Cruz Da Esperança, Santa Fe Do Sul, Santa Isabel, Santa Maria Da Serra, Santa Rita Do Passa Quatro, Santa Rita D'Oeste, Santa Rosa De Viterbo, Santa Salete, Santana Da Ponte Pensa, Santana De Parnaíba, Santo André, Santo Antônio Da Alegria, Santo Antônio De Posse, Santo Antônio Do Pinhal, Santos, São Bento Do Sapucaí, São Bernardo Do Campo, São Caetano Do Sul, São Francisco, São Joao Das Duas Pontes, São Joao De Iracema, São Jose Do Barreiro, São Jose Do Rio Preto, São Jose Dos Campos, São Lourenço Da Serra, São Luiz Do Paraitinga, São Miguel Arcanjo, São Paulo, São Roque, São Simão, São Vicente, Sarapuí, Sebastianópolis Do Sul, Serra Azul, Serra Negra, Serrana, Sertãozinho, Silveiras, Socorro, Sorocaba, Sumaré, Suzano, Tabapuã, Taboão Da Serra, Tanabi, Tapiraí, Taquarivai, Tatuí, Taubaté, Tiete, Tremembé, Três Fronteiras, Tuiuti, Turmalina, Ubarana, Uchoa, Uniao Paulista, Urania, Urupês, Valentim Gentil, Valinhos, Vargem, Vargem Grande Paulista, Várzea Paulista, Vinhedo, Vitória Brasil, Votorantim, Votuporanga e Zacarias.

PLANOS EXCLUSIVOS DE SÃO PAULO

ÁREA DE ATENDIMENTO POR PLANO

Amil Adesão Ouro SP RJ DF PR MG QC R Copart - ANS 500.433/24-1 Amil Adesão Platinum SP RJ DF PR MG QP (R1 e R2) Copart - ANS 500.431/24-4
Amil Adesão Ouro SP RJ DF PR MG QP R Copart - ANS 500.432/24-2 Adesão Platinum Mais SP RJ DF PR MG (R1 e R2) Copart - ANS 500.435/24-7

DF/GO: Brasília, Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Formosa, Luziânia, Novo Gama, Planaltina de Goiás e Valparaíso de Goiás.

RJ: Angra Dos Reis, Rio Bonito, Araruama, Armação Dos Búzios, Arraial Do Cabo, Aperibé, Areal, Barra Do Pirai, Barra Mansa, Belford Roxo, Bom Jardim, Bom Jesus Do Itabapoana, Cabo Frio, Cachoeiras De Macacu, Cambuci, Campos Dos Goytacazes, Duque De Caxias, Casimiro De Abreu, Cardoso Moreira, Comendador Levy Gasparian, Duas Barras, Mesquita, Engenheiro Paulo De Frontin, Guapimirim, Iguaba Grande, Itaboraí, Itaguaí, Italva, Itaocara, Itaperuna, Itatiaia, Japeri, Laje Do Muriaé, Nilópolis, Magé, Mangaratiba, Marica, Mendes, Nova Iguaçu, Miguel Pereira, Miracema, Natividade, Nova Friburgo, Rio De Janeiro, São Joao De Meriti, Niterói, São Gonçalo, Paracambi, Paraíba Do Sul, Paraty, Paty Do Alferes, Petrópolis, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Quatis, Queimados, Resende, Rio Claro, Rio Das Flores, Rio Das Ostras, Santa Maria Madalena, Santo Antônio De Pádua, São Pedro Da Aldeia, São Jose De Ubá, São Jose Do Vale Do Rio Preto, Sapucaia, Saquarema, Seropédica, Silva Jardim, Sumidouro, Teresópolis, Trajano De Moraes, Três Rios, Valença, Vassouras e Volta Redonda.

MG: Araguari, Belo Horizonte, Belo Vale, Betim, Bonfim, Borda Da Mata, Brumadinho, Cachoeira De Minas, Caeté, Confins, Congonhal, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Cristiano Otoni, Crucilândia, Esmeraldas, Espírito Santo Do Dourado, Estiva, Florestal, Ibirité, Igarapé, Indianópolis, Itabirito, Itaverava, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mariana, Mario Campos, Mateus Leme, Matozinhos, Moeda, Monte Alegre De Minas, Montes Claros, Nova Lima, Nova União, Ouro Branco, Ouro Preto, Pedro Leopoldo, Piedade Dos Gerais, Pouso Alegre, Prata, Queluzito, Raposos, Ribeirão Das Neves, Rio Acima, Rio Manso, Sabará, Santa Luzia, Santa Rita Do Sapucaí, Santana Do Riacho, Santana Dos Montes, São Brás Do Suaçuí, São Joaquim De Bicas, São José Da Lapa, São Sebastião Da Bela Vista, Sarzedo, Silvanópolis, Taquaruçu De Minas, Tupaciguara, Uberaba, Uberlândia e Vespasiano.

SP: Adolfo, Aguas De Lindoia, Aguas de São Pedro, Alambari, Altinópolis, Alumínio, Alvares Florence, Americana, Americo De Campos, Amparo, Angatuba, Aparecida, Aparecida D'Oeste, Apiaí, Araçariçuama, Aracoíaba Da Serra, Arapeí, Areias, Ariranha, Artur Nogueira, Arujá, Aspásia, Atibaia, Bady Bassitt, Balsamo, Bananal, Barra do Chapéu, Barrinha, Barueri, Batatais, Bertioga, Biritiba-Mirim, Boituva, Bom Jesus Dos Perdoes, Bom Sucesso De Itararé, Braganca Paulista, Brodowski, Buri, Cabreúva, Caçapava, Cachoeira Paulista, Caieiras, Cajamar, Cajuru, Campina Do Monte Alegre, Campinas, Campo Limpo Paulista, Campos Do Jordao, Canas, Capão Bonito, Capela Do Alto, Carapicuíba, Cardoso, Cassia Dos Coqueiros, Catanduva, Catiguá, Cedral, Cerquillo, Cesário Lange, Charqueada, Cosmópolis, Cosmorama, Cotia, Cravinhos, Cruzeiro, Cubatão, Cunha, Diadema, Dirce Reis, Dolcinópolis, Dumont, Elisiário, Embu Das Artes, Embu-Guaçu, Estrela D'Oeste, Fernando Prestes, Fernandópolis, Ferraz De Vasconcelos, Floreal, Francisco Morato, Franco Da Rocha, Gastão, Vidigal, General Salgado, Guapiaçu, Guapiara, Guarani D'Oeste, Guararema, Guaratinguetá, Guareí, Guariba, Guarujá, Guarulhos, Guatapará, Holambra, Hortolândia, Ibirá, Ibiúna, Icem, Igaratá, Indaiatuba, Indiapora, Iperó, Ipeúna, Ipiúna, Iracemápolis, Irapuã, Itaberá, Itajobi, Itanhaém, Itaoca, Itapeçerica Da Serra, Itapetininga, Itapeva, Itapevi, Itapirapuã Paulista, Itaquaquecetuba, Itararé, Itatiba, Itu, Itupeva, Jaboticabal, Jacaré, Jaci, Jaguariúna, Jales, Jambeiro, Jandira, Jardinópolis, Jarinu, Joanópolis, Jose Bonifácio, Jumirim, Jundiá, Juquitiba, Lagoinha, Lavrinhas, Limeira, Lindoia, Lorena, Louveira, Luís Antônio, Macaúbal, Macedônia, Magda, Mairinque, Mairiporã, Marapoama, Marinópolis, Mauá, Mendonça, Meridiano, Mesópolis, Mira Estrela, Mirassol, Mirassolândia, Mogi Das Cruzes, Monções, Mongagua, Monte Alegre Do Sul, Monte Alto, Monte Aprazível, Monte Mor, Monteiro Lobato, Morungaba, Natividade Da Serra, Nazaré Paulista, Neves Paulista, Nhandeara, Nipoa, Nova Alianca, Nova Campina, Nova Canaa Paulista, Nova Granada, Nova Odessa, Novais, Novo Horizonte, Onda Verde, Orindiuva, Osasco, Ouroeste, Palestina, Palmares Paulista, Palmeira D'Oeste, Paraibuna, Paraíso, Paranapua, Parisi, Paulinia, Paulo De Faria, Pedra Bela, Pedranopolis, Pedreira, Peruipe, Piedade, Pilar Do Sul, Pindamonhangaba, Pindorama, Pinhalzinho, Piquete, Piracaia, Piracicaba, Pirangi, Pirapora Do Bom Jesus, Pitangueiras, Planalto, Poa, Poloni, Pontal, Pontalinda, Pontes Gestal, Populina, Porto Feliz, Potim, Potirendaba, Pradopolis, Praia Grande, Quadra, Queluz, Redencao Da Serra, Ribeira, Ribeirao Branco, Ribeirao Grande, Ribeirao Pires, Ribeirao Preto, Rio Claro, Rio Das Pedras, Rio Grande Da Serra, Riolandia, Riversul, Roseira, Rubineia, Sales, Salesopolis, Saltinho, Salto, Salto De Pirapora, Santa Adelia, Santa Albertina, Santa Barbara D'Oeste, Santa Branca, Santa Clara D'Oeste, Santa Cruz Da Esperanca, Santa Fe Do Sul, Santa Isabel, Santa Maria Da Serra, Santa Rita Do Passa Quatro, Santa Rita D'Oeste, Santa Rosa De Viterbo, Santa Saete, Santana Da Ponte Pensa, Santana De Parnaiba, Santo Andre, Santo Antonio Da Alegria, Santo Antonio De Posse, Santo Antonio Do Pinhal, Santos, Sao Bento Do Sapucaí, Sao Bernardo Do Campo, Sao Caetano Do Sul, Sao Francisco, Sao Joao Das Duas Pontes, Sao Joao De Iracema, Sao Jose Do Barreiro, Sao Jose Do Rio Preto, Sao Jose Dos Campos, Sao Lourenco Da Serra, Sao Luiz Do Paraitinga, Sao Miguel Arcanjo, Sao Paulo, Sao Roque, Sao Simao, Sao Vicente, Sarapui, Sebastianopolis Do Sul, Serra Azul, Serra Negra, Serrana, Sertaozinho, Silveiras, Socorro, Sorocaba, Sumare, Suzano, Tabapua, Taboao Da Serra, Tanabi, Tapirai, Taquarivai, Tatui, Taubate, Tiete, Tremembe, Tres Fronteiras, Tuiuti, Turmalina, Ubarana, Uchoa, Uniao Paulista, Urania, Urupes, Valentim Gentil, Valinhos, Vargem, Vargem Grande Paulista, Varzea Paulista, Vinhedo, Vitoria Brasil, Votorantim, Votuporanga e Zacarias.

PLANOS EXCLUSIVOS DE DISTRITO FEDERAL / GOIÁS, SÃO PAULO, RIO DE JANEIRO E MINAS GERAIS.

5.2 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Em caso de internação hospitalar, o BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura com acomodação em quarto coletivo (enfermaria) ou privativo (apartamento), conforme descrito na proposta de adesão, que é parte integrante deste contrato.

5.2.1. Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano da categoria escolhida, será garantido, ao BENEFICIÁRIO, acesso a acomodação em nível acima sem ônus adicional.

5.2.2. O BENEFICIÁRIO que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do seu plano, ressalvada a hipótese prevista no item anterior, ficará direta e unicamente responsável pelas despesas complementares relativas aos serviços médicos e hospitalares (diferença de padrão de acomodação e honorários médicos).

5.2.3. As despesas a que faz referência ao item anterior serão pagas pelo BENEFICIÁRIO diretamente ao prestador de serviço/hospital e/ou à equipe médica assistente.

6. COBERTURAS GARANTIDAS

6.1. PROCEDIMENTOS COBERTOS EM REGIME AMBULATORIAL

Estão compreendidos por este contrato, limitados às coberturas do rol vigente, os seguintes procedimentos considerados especiais:

6.1.1. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

6.1.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

6.1.3. Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no rol, respeitada a causa de exclusão contratual nos termos da cláusula “Exclusões Contratuais”.

6.1.4. Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido na legislação, conforme indicação do médico assistente.

6.1.5. Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

6.1.6. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

6.1.7. Cobertura das ações de planejamento familiar, previstas na legislação, para segmentação ambulatorial.

6.1.8. Cobertura de atendimento caracterizado como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.

6.1.9. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

6.1.10. Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.

6.1.11. Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados com o tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

6.1.12. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados com o tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, ressalvada a exclusão contida no item “Exclusões de Coberturas” e observando-se, preferencialmente, as seguintes características:

- a)** medicamento genérico – medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada sua eficácia, segurança e qualidade e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b)** medicamento fracionado – aquele fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

6.1.13. Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no rol para a segmentação ambulatorial.

6.1.14. Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, de unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do rol.

6.1.15. Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

6.1.16. Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no rol.

6.2. SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Estão compreendidos os serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, limitados ao plano contratado, às disposições deste instrumento e às hipóteses previstas no rol vigente, observando-se:

6.2.1. Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecidas no rol e conforme indicação do médico assistente.

6.2.2. Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

6.2.3. Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

6.2.4. 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, de unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial.

6.2. PROCEDIMENTOS COBERTOS EM REGIME DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Está compreendida a cobertura para os seguintes serviços hospitalares, limitados ao plano contratado, às disposições deste instrumento e do rol e desde que solicitado pelo médico assistente:

6.3.1. Internações hospitalares, conforme o padrão de acomodação contratado e sem limites de prazo, valor e quantidade, desde que devidamente justificadas por meio de relatório médico e consoante a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluídos, nos planos cuja segmentação assistencial contemple obstetrícia, os procedimentos obstétricos e os de alta complexidade relacionados no rol.

6.3.2. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, sem limites de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas por meio de relatório médico e consoante a boa prática médica.

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

6.3.4. Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em ambiente ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

6.3.5. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais, limitada exclusivamente ao rol, cuja necessidade esteja relacionada com a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a)** hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b)** quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no rol, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c)** procedimentos radioterápicos previstos no rol para ambas as segmentações, ambulatorial e hospitalar;
- d)** hemoterapia;
- e)** nutrição parenteral ou enteral;
- f)** procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol;
- g)** embolizações listadas no rol;
- h)** radiologia intervencionista;
- i)** exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j)** procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol;
- k)** acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no rol, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;
- l)** internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela CONTRATADA, nos termos da Resolução Normativa nº 259/11 ou da norma que eventualmente a substitua;

6.3.6. A cobertura de toda e qualquer taxa relacionada com o procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo os materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pela Anvisa).

6.3.7. A Operadora garante a cobertura das despesas relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- b) idosos a partir dos 60 anos;
- c) pessoas portadoras de deficiência;
- d) pré-parto, parto, pós-parto imediato.

6.3.7.1. Compreende-se como despesas de acompanhante aquelas relativas à mesma acomodação dispensada ao paciente e à mesma alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar do estabelecimento onde se encontra o paciente.

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

6.3.8. A cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica constantes do rol, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação.

6.3.9. Cobertura dos custos de honorários médicos, por meio de utilização de rede credenciada ou de reembolso, quando o plano contratado prever essa modalidade, de acordo com os termos e as condições do contrato.

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

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

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

6.3.13. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva da mama, na qual forem utilizados todos os meios e técnicas necessários para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de combate ao câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.

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

6.3.15. As próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), serão cobertos exclusivamente quando utilizados e necessários à realização do ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação.

6.3.16. A cobertura dos custos dos transplantes previstos no rol, bem como das despesas relativas aos procedimentos vinculados a eles, somente será autorizada na rede credenciada específica divulgada pela Amil para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá cobertura para transplantes não previstos no rol ou realizado fora da rede credenciada específica.

6.3.16.1. A cobertura de transplantes listados no rol e dos procedimentos a eles vinculados inclui:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.

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

6.3.16.3. Os BENEFICIÁRIOS candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão estar, obrigatoriamente, inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção.

6.3.17. A cobertura para a remoção do BENEFICIÁRIO, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, de um hospital para outro hospital, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, desde que comprovadamente necessária para fins médicos e após prévia autorização da Amil. Não haverá cobertura para remoção da residência ou do local de trabalho para hospital, nem de hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

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

6.2. PROCEDIMENTOS COBERTOS EM REGIME DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

6.4.1. Nos planos de segmentação assistencial Referência, Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia ou Hospitalar com Obstetrícia, a BENEFICIÁRIA terá direito à cobertura de assistência obstétrica nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a área de atuação, a área geográfica de abrangência do plano e as hipóteses previstas no rol para o plano hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, às intercorrências da gravidez, ao parto e ao puerpério, desde que solicitados pelo médico assistente mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela Operadora e respeitando as carências estabelecidas em contrato.

6.4.2. Assegura-se ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, bem como àquele de quem o BENEFICIÁRIO detenha a guarda provisória ou definitiva, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, de acordo com os termos do contrato.

6.4.3. Assegura-se ao recém-nascido, filho natural ou adotivo exclusivamente do BENEFICIÁRIO Titular, bem como àquele de quem o BENEFICIÁRIO Titular detenha a guarda provisória ou definitiva, a inclusão, como BENEFICIÁRIO Dependente, no mesmo plano do BENEFICIÁRIO Titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou do termo de guarda provisória ou definitiva.

6.4.3.1. Caso: (i) o recém-nascido seja inscrito como BENEFICIÁRIO Dependente do BENEFICIÁRIO Titular no prazo de até 30 (trinta) dias após o parto e (ii) o BENEFICIÁRIO Titular, seja pai, mãe ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para a cobertura assistencial.

6.4.3.2. Caso: (i) o recém-nascido seja inscrito como BENEFICIÁRIO Dependente do BENEFICIÁRIO Titular no prazo de até 30 (trinta) dias após o parto, mas (ii) o BENEFICIÁRIO Titular, seja pai, mãe ou responsável legal, não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial será prestada ao recém-nascido seguindo-se os limites da carência já cumprida pelo BENEFICIÁRIO Titular.

6.4.3.3. Não caberá nenhuma alegação de doença ou lesão preexistente quando a inscrição do recém-nascido como BENEFICIÁRIO Dependente tiver ocorrido no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou guarda provisória ou definitiva. Na hipótese de inscrição após os 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou guarda provisória ou definitiva, caberá arguição de doença ou lesão preexistente, bem como autoriza-se à CONTRATADA impor Cobertura Parcial Temporária (CPT).

6.4.4. A continuidade da cobertura de atendimento após o 30º (trigésimo) dia a somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no mesmo plano do BENEFICIÁRIO Titular ou, sendo o recém-nascido filho de BENEFICIÁRIO Dependente, tiver sido incluído em um plano pessoa física, respeitando-se as condições comerciais vigentes à época dessa contratação.

6.2. DO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS

6.5.1. Estão cobertos pelo presente contrato, nos limites do plano escolhido e observando-se, entre outros, a segmentação assistencial, a área de atuação do plano e a área geográfica de abrangência indicada no Quadro-Resumo, além das hipóteses contempladas no rol, os tratamentos, em regime ambulatorial e de internação hospitalar, de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

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

6.5.3. Em regime ambulatorial estão cobertos:

6.5.3.1. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos ao BENEFICIÁRIO ou a terceiros (incluídas as

ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais comprovados.

6.5.3.2. Atendimento à psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas ao número de sessões previstas no rol por ano contratual, não cumulativas.

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

6.5.4. 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.

6.5.5. Em regime hospitalar, estão cobertos:

6.5.5.1. Internações em hospital-dia para transtornos psiquiátricos que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato, pelo rol, sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

6.5.5.1.1. O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação, contínuos ou não, por ano de vigência do contrato, em hospital psiquiátrico, em unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica, será realizado nos mesmos moldes das demais internações, sendo aplicável a coparticipação após esse período.

6.5.5.1.2. Após o 30º dia, a Operadora poderá cobrar a coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre as despesas médico hospitalares, conforme regulamentação vigente.

6.5.5.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão cobertos, nos limites do rol e sem prejuízo das hipóteses de exclusão de cobertura.

7. EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

7.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina: tratamentos que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

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

7.3. Inseminação artificial, 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 do zigoto, entre outras técnicas.

7.4. 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.

7.5. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa (não nacionalizados).

7.6. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), assim entendidos aqueles que não requerem administração assistida, nem necessitam de

intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podem ser adquirido por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao da unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência médica).

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

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

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

7.10. Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.

7.11. Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), bem como os demais medicamentos ministrados em regime domiciliar, de acordo com o artigo 10, VI, da Lei nº 9.656/98, salvo se tais medicamentos se referirem a tratamento antineoplásico ou para controle de efeitos adversos ou adjuvantes.

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

7.13. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

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

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

7.16. Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no rol vigente à época do evento.

7.17. Remoção por via aérea, exceto quando esse serviço tiver sido contratado por meio de anexo específico.

7.18. Transplantes, exceto aqueles listados no rol vigente à data do evento ou previstos em anexo de coberturas adicionais eventualmente assinado pelas partes.

7.19. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

7.20. Despesas com acompanhante, exceto no caso de internação de BENEFICIÁRIOS menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato) ou, por fim, portadores de necessidades especiais (desde que haja indicação do médico assistente).

7.21. Despesas extraordinárias não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, como telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar. Nessas hipóteses, deverá ocorrer pagamento pelo BENEFICIÁRIO diretamente ao hospital, não sendo tais despesas passíveis de reembolso por parte da Operadora.

7.22. Todos e quaisquer procedimentos não constantes do rol vigente à época do evento ou de eventual anexo de coberturas adicionais, que faz parte deste contrato, quando contratado.

8. PRAZOS DE CARÊNCIA

Carência é o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência, durante o qual o Beneficiário Titular e/ou Dependente não gozam do direito a determinadas coberturas e procedimentos.

8.1. O BENEFICIÁRIO ou seu representante legal deverá preencher a declaração de saúde, informando à Operadora a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época do início de vigência do contrato ou da adesão contratual.

8.2. A não observância da obrigação prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

8.3. Os prazos de carência, quando aplicados, serão contados a partir do ingresso do BENEFICIÁRIO no contrato e observarão os seguintes limites:

8.3.1. 24 (vinte e quatro) horas após o início da vigência do contrato, sendo certo que no Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia, a cobertura será integral, após esse período, para as urgências e emergências decorrentes de acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, inclusive para complicações do processo gestacional, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.

8.3.2. 30 (trinta) dias para custeio de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.

8.3.3. 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 internação e custos hospitalares de internação.

8.3.4. 180 (cento e oitenta) dias para o custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos.

8.3.5. 300 (trezentos) dias para a cobertura dos custos de parto a termo.

8.4. A redução dos prazos de carência, eventualmente concedida pela Operadora, não alterará as demais condições do contrato, principalmente aquelas relativas às exclusões contratuais.

9. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

9.1 Consideram-se doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) BENEFICIÁRIO(S) ou seu representante legal saiba(am) ser portador(es) ou sofredor(es) no momento da contratação ou adesão ao plano.

9.2 No momento da adesão contratual, o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, por meio da Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO, que é parte integrante obrigatória deste contrato e padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nesse documento, o BENEFICIÁRIO informará à Operadora, de boa-fé, o conhecimento de eventual doença ou lesão preexistente previamente à data de início da vigência do contrato ou adesão contratual.

9.2.1. Para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, o BENEFICIÁRIO poderá escolher um médico pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela Operadora, sem nenhum ônus.

9.2.2. Na hipótese de o BENEFICIÁRIO optar por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

9.2.3. A entrevista qualificada não é obrigatória, mas constitui-se uma opção disponível pela Operadora aos BENEFICIÁRIOS e tem como objetivo relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

9.2.4. 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, às alternativas de cobertura e demais consequências em relação a sua omissão.

9.2.5. Não se admitirá a alegação de omissão de informação relativa à doença ou lesão preexistente se, no ato da admissão do BENEFICIÁRIO no plano, for realizado qualquer tipo de exame ou perícia pela própria Operadora.

9.2.6. A não observância da obrigação de boa-fé prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

9.3. Caso seja constatada, mediante informações expressas inseridas na Declaração de Saúde, na entrevista qualificada ou em eventual perícia médica, a existência de doenças ou lesões preexistentes, a Operadora oferecerá ao BENEFICIÁRIO a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

9.4. Caso ocorra urgência ou emergência durante o período de Cobertura Parcial Temporária, a Operadora garantirá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do contrato, em regime ambulatorial, independentemente da segmentação assistencial do plano contratado, limitada às 12 (doze) primeiras horas de atendimento, excluídos, porém, os procedimentos de alta complexidade e todos os demais procedimentos exemplificados na definição de Cobertura Parcial Temporária, no item “Definições”.

9.5. A opção do BENEFICIÁRIO pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

9.6. Se for identificado indício de fraude referente à omissão do conhecimento de doenças ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a Operadora comunicará tal fato imediatamente ao BENEFICIÁRIO.

Nesse caso, a Operadora poderá:

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

9.6.1. Acolhida a alegação de fraude por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou pelo Poder Judiciário, o BENEFICIÁRIO será responsável pelo pagamento das despesas efetuadas pela Operadora 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) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir do envio de Termo de Comunicação mencionado anteriormente.

9.6.2. 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.

10. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1. Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação assistencial, a área geográfica de abrangência e a área de atuação estabelecidas para este contrato, além das hipóteses previstas no rol, estão cobertos os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência definidos abaixo:

URGÊNCIA: assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

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

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

10.2.1. Nos **Planos de Segmentação Ambulatorial**, os casos de emergência terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas; as complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura para as 12 (doze) primeiras horas;

10.2.2. Nos **Planos de Segmentação Hospitalar**, os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato;

10.2.3. Nos **Planos de Segmentação Referência**, é garantida a cobertura, ambulatorial e hospitalar, para urgência e/ou emergência após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, somente para os casos em que não forem consideradas doenças e lesões preexistentes.

10.3. Nos contratos que envolvam a Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes, as coberturas do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou

lesão estarão limitadas às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

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

10.3.2. Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o BENEFICIÁRIO deverá ser removido, por via terrestre, às expensas da Operadora, para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos limites geográficos previstos no contrato.

REMOÇÃO

10.4. A Operadora garantirá remoção terrestre para uma unidade de atendimento da rede assistencial do plano depois de realizados os atendimentos caracterizados como urgência e emergência quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para a continuidade de atenção ao paciente.

10.4.1. A remoção terrestre para unidade do SUS após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência e sempre limitados às 12 (doze) primeiras horas do atendimento será realizada nos casos de:

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

10.4.2. A Operadora disponibilizará, para a remoção, ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.

10.4.3. Não haverá remoção de BENEFICIÁRIO de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

10.5. Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela indicada pela Operadora, esta estará desobrigada da responsabilidade médica (ônus decorrentes da internação) e do ônus financeiro da remoção.

RESSARCIMENTO

10.6. O BENEFICIÁRIO terá direito ao ressarcimento unicamente das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento por serviço médico-hospitalar não credenciado e apenas em casos de: (i) urgência ou emergência comprovada ou (ii) impossibilidade justificada de utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela Operadora.

10.6.1. Nesses casos, o ressarcimento somente será realizado: (i) nos limites das obrigações contratuais; (ii) de acordo com a abrangência geográfica da Operadora e (iii) mediante apresentação dos documentos relacionados nos itens a seguir, tudo em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.

10.6.2. O ressarcimento somente será pago mediante a apresentação de documentos originais, conforme cada um dos eventos relacionados a seguir:

Atendimento em pronto-socorro hospitalar – nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado (procedimento, material, medicamento, taxa etc.); laudo médico; nome do paciente; valor cobrado; valor de desconto, quando houver; assinatura do responsável pelo serviço; CPF e/ou CNPJ; CRM; ISS; endereço legível e data da realização do evento.

Honorários médicos durante a internação – recibos ou notas fiscais válidas como recibo, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, com declaração do tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado; laudo médico; laudo do exame anatomopatológico; nome do paciente; valores cobrados; valor de desconto, quando houver; assinatura; CPF e/ou CNPJ; CRM; endereço legível e data da realização do evento.

Internação – nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive com a 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).

10.6.3. Os documentos relacionados acima deverão ser entregues, sem rasuras, à Operadora (diretamente ou em um endereço ou local indicado por ela), no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados da data em que ocorreu o evento médico ou após a alta hospitalar, sob pena de, ao desrespeitar esse prazo, o BENEFICIÁRIO perder o direito ao ressarcimento.

10.6.4. Se a documentação não contiver todos os dados indicados no item anterior, a Operadora poderá solicitar envio de nova documentação ou de informações complementares sobre o procedimento; com a apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo para o pagamento.

10.6.5. O ressarcimento será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF do BENEFICIÁRIO, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

11.1. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A Operadora fornecerá e a Administradora informará a cada BENEFICIÁRIO um número de identificação que o habilitará ao uso dos serviços médico-hospitalares, sempre acompanhada de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.



O cartão de identificação será fornecido por meio digital no aplicativo da Operadora.

11.2. Para disponibilização da cobertura, a Operadora poderá fazer uso de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para smartphone, disponibilizado por ela, cujo objetivo está voltado à comprovação: (i) da solicitação de procedimento médico-hospitalar, (ii) da utilização dos serviços relacionados à cobertura e (iii) da elegibilidade do BENEFICIÁRIO para a realização de atendimento (consultas, exames e internações).

11.3. CONSULTAS, EXAMES E INTERNAÇÃO

11.3.1. Para efeitos deste contrato, as consultas podem ser classificadas entre as seguintes categorias:

- a) consultas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde;
- b) consultas em consultório médico;
- c) consultas em clínica ou centro médico;
- d) consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

11.3.2. Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar, ao estabelecimento ou profissional credenciado pela Operadora, cartão de

identificação fornecido pela Operadora (em meio físico ou digital) e documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil), além da guia de procedimento (exame e/ou internação) devidamente autorizada pela Operadora. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do BENEFICIÁRIO, será realizada a validação biométrica (facial, digital etc.).

11.3.3. Para exames e procedimentos que exijam autorização prévia (a relação de exames que demandem autorização prévia está disponível no site da Operadora), os procedimentos a serem adotados serão os seguintes:

- a) quando o pedido médico for emitido pelos profissionais da equipe de saúde nos planos indicados no Quadro-Resumo, sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), a solicitação de autorização prévia será encaminhada pela equipe de saúde e o agente de saúde dará ciência ao BENEFICIÁRIO quanto à disponibilidade para realizar o exame/procedimento;
- b) quando o pedido médico for emitido por profissional não integrante da equipe de saúde, mas integrante da rede de prestadores credenciados da Operadora, este deverá realizar a notificação no site da Operadora. Caso essa solicitação seja informada à equipe de saúde e houver concordância desta sobre a necessidade do exame e/ou procedimento solicitado, a própria equipe de saúde fará a notificação no site da Operadora;
- c) quando o pedido médico for emitido por profissional não integrante da rede de prestadores credenciados da CONTRATADA, o prestador solicitante deverá promover, de forma subsidiária, o registro desta.

11.4. INTERNAÇÕES HOSPITALARES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS SOB INTERNAÇÃO

11.4.1. A Operadora cobrirá os custos médico-hospitalares através: (i) de pagamento direto ao prestador da rede credenciada específica do plano, caso o atendimento esteja contemplado pelas coberturas deste contrato ou (ii) do reembolso de despesas médico-hospitalares, caso o plano indicado na Proposta de Adesão preveja essa modalidade.

11.4.2. Todas as solicitações de internação eletiva e de exames que necessitem da autorização da Operadora deverão ser feitas em formulário específico, oferecido por esta, ou, quando não

credenciado, em receituário com dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e sua indicação clínica.

11.4.3. A cobertura de transplantes, bem como de despesas com procedimentos a eles vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada para a realização de transplante de órgãos, nos termos do previsto na cláusula que trata de internações hospitalares.

11.4.4. A cobertura para próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos exige a observação das seguintes regras:

- a) caso seja solicitado, o profissional requisitante deve apresentar justificativa clínica para a indicação de prótese/órtese, fornecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos – de fabricantes diferentes, quando disponíveis – dentre aquelas regularizadas pela Anvisa e que atendam às características especificadas;
- b) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes e as despesas serão pagas pela Operadora. Não havendo acordo entre as partes, aplicar-se-á o critério descrito na cláusula relacionada à divergência médica.

11.4.5. Se a documentação apresentada pelo BENEFICIÁRIO não permitir uma análise conclusiva para a liberação da Guia de Cobertura de Internação Eletiva, a Operadora poderá solicitar ao BENEFICIÁRIO ou ao médico assistente o envio de documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

11.4.6. O prazo de internação inicialmente fixado pela Operadora constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

11.4.6.1. Caso seja necessário prorrogar o prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente/hospital deverá apresentar à Operadora as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura.

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

11.4.7. Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar à equipe de saúde/estabelecimento credenciado cartão de identificação

fornecido pela Operadora (ou identificação biométrica) e, se for o caso, eventual código fornecido pela Operadora decorrente da utilização de ferramenta eletrônica vinculada ao aplicativo para smartphone, além do documento de identidade do BENEFICIÁRIO e a guia de procedimento emitida pela Operadora.

11.4.7.1. Além dos documentos consignados citados anteriormente, em caso de internação hospitalar, ressalvados os casos de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar a guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pela Operadora.

11.4.8. Em caso de internação hospitalar em caráter de urgência e/ou emergência, o BENEFICIÁRIO ou seu responsável informará à central de atendimento da Operadora, 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.

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

11.4.10. Na hipótese de o BENEFICIÁRIO necessitar de atendimento dentro da área de abrangência específica do contrato, porém, em locais nos quais a Operadora não possui estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência relacionados na rede credenciada específica de cada plano contratado, e caso esse BENEFICIÁRIO não deseje fazer uso de reembolso nos limites da Tabela de Reembolso, desde que o plano escolhido possua essa característica, a Operadora deverá indicar ao BENEFICIÁRIO outros estabelecimentos ou profissionais credenciados, em localidade mais próxima possível.

11.4.11. A Operadora disponibilizará para a consulta dos BENEFICIÁRIOS a rede de atendimento do plano indicado na Proposta de Adesão. Essa disponibilização poderá ocorrer por meio impresso, caso solicitado pelo BENEFICIÁRIO diretamente à Operadora. As orientações quanto a eventuais dúvidas na cobertura de atendimento médico-hospitalar podem ser obtidas pelo teleatendimento ou pelo site amil.com.br.

11.4.12. As despesas extraordinárias, assim entendidas aquelas que não estão previstas no Contrato ou não estão relacionadas com alguma cobertura – como 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 e não são passíveis de reembolso pela Operadora.

11.5. ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA

11.5.1. A relação completa dos prestadores que compõem a rede credenciada da Operadora pode ser obtida no orientador médico ou, ainda, no site ou aplicativo da Operadora.

11.5.2. A Operadora poderá realizar alterações na rede credenciada, para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente; quando houver alteração na rede hospitalar, será observado o disposto na lei e na regulamentação específica que estiver vigente.

11.5.3. A Operadora poderá, ainda, caso autorizado pela ANS, redimensionar sua rede hospitalar, reduzindo a quantidade de hospitais credenciados, por meio do descredenciamento, ocasião em que será observado o seguinte:

- a) caso ocorra descredenciamento de prestador, os BENEFICIÁRIOS em tratamento terão direito de prosseguir o tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento integrante da rede credenciada da Operadora e de acordo com o plano, sem que ela tenha obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição de cobertura havida;
- b) caso o descredenciamento de estabelecimento hospitalar ocorra durante a internação de qualquer BENEFICIÁRIO, este permanecerá internado até a regular alta hospitalar, sendo as despesas até a alta hospitalar custeadas pela Operadora;
- c) caso o descredenciamento/substituição/exclusão de estabelecimento hospitalar ocorrerem por infração a normas sanitárias em vigor durante período de internação, a Operadora fará a remoção deste BENEFICIÁRIO hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto na regulamentação específica vigente, sem nenhum ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.

11.6. DIVERGÊNCIA MÉDICA

11.6.1. As divergências de natureza médica sobre as solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidas por junta médica ou odontológica constituída por três membros, sendo um deles nomeado pelo BENEFICIÁRIO, outro pela Operadora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.6.2. Para a instauração da junta médica, a Operadora deverá notificar por escrito, simultaneamente, o profissional assistente e o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal, solicitando a indicação de quatro profissionais aptos a compor a junta, e, ainda, assinalando um prazo para resposta. Caso o profissional assistente recuse-se expressamente a escolher ou deixe de exercer a opção no prazo indicado, a escolha de um dos quatro nomes para compor a junta médica caberá à Operadora.

11.6.3. É facultado à Operadora firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempataadores em juntas médicas, hipótese que exclui a indicação prevista no item supramencionado.

11.6.4. Cada uma das partes pagará os honorários e as despesas do médico que nomear, quando este não pertencer à rede credenciada, e os honorários do profissional desempataador serão pagos pela Operadora, conforme previsto na legislação vigente.

11.7. COPARTICIPAÇÃO

11.7.1. As regras de coparticipação para consultas, exames e demais procedimentos, para aqueles planos indicados no Quadro-Resumo que preveem essa modalidade, seguirão o disposto nesta cláusula; quanto aos valores e percentuais, seguir-se-á o disposto na Tabela de Coparticipação abaixo:

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO TOTAL – RIO DE JANEIRO						
Produtos	Amil Adesão Bronze RJ I QC Copart		Amil Adesão Bronze RJ Mais QC Copart		Amil Adesão Prata RJ QC / QP Copart	
	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)
Consultas Eletivas	30%	30,00	30%	30,00	30%	30,00
Consultas PS	40%	80,00	40%	80,00	40%	90,00
Exames Básicos	30%	20,00	30%	20,00	30%	25,00
Exames Especiais	30%	100,00	30%	100,00	30%	110,00
Procedimentos Básicos	30%	35,00	30%	35,00	30%	60,00
Procedimentos Especiais	30%	140,00	30%	140,00	30%	150,00
Fisioterapia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Fonoaudiologia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Nutrição	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Psicoterapia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Terapia Ocupacional	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Internação	-	180,00	-	180,00	-	220,00

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO TOTAL – SÃO PAULO						
Produtos	Amil Adesão Bronze SP I QC Copart		Amil Adesão Bronze SP Mais QC Copart		Amil Adesão Prata SP QC / QP Copart	
	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)
Consultas Eletivas	30%	30,00	30%	30,00	30%	30,00
Consultas PS	40%	80,00	40%	80,00	40%	90,00
Exames Básicos	30%	20,00	30%	20,00	30%	25,00
Exames Especiais	30%	100,00	30%	100,00	30%	110,00
Procedimentos Básicos	30%	35,00	30%	35,00	30%	60,00
Procedimentos Especiais	30%	140,00	30%	140,00	30%	150,00
Fisioterapia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Fonoaudiologia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Nutrição	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Psicoterapia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Terapia Ocupacional	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Internação	-	180,00	-	180,00	-	220,00

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO TOTAL – DISTRITO FEDERAL E GOIÁS				
Produtos	Amil Adesão Bronze DF I QC / QP Copart		Amil Adesão Prata DF QC / QP Copart	
	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)
Consultas Eletivas	30%	30,00	30%	30,00
Consultas PS	40%	80,00	40%	90,00
Exames Básicos	30%	20,00	30%	25,00
Exames Especiais	30%	100,00	30%	110,00
Procedimentos Básicos	30%	35,00	30%	60,00
Procedimentos Especiais	30%	140,00	30%	150,00
Fisioterapia	40%	60,00	40%	60,00
Fonoaudiologia	40%	60,00	40%	60,00
Nutrição	40%	60,00	40%	60,00
Psicoterapia	40%	60,00	40%	60,00
Terapia Ocupacional	40%	60,00	40%	60,00
Internação	-	180,00	-	220,00

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO TOTAL – SP / RJ / DF / GO

Produtos	Adesão Ouro SP RJ DF PR MG QC R Copart e Adesão Ouro SP RJ DF PR MG QP R Copart		Adesão Platinum SP RJ DF PR MG R Copart		Adesão Platinum Mais SP RJ DF PR MG R2 Copart	
	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)
Consultas Eletivas	30%	30,00	30%	55,00	30%	55,00
Consultas PS	40%	90,00	40%	130,00	40%	130,00
Exames Básicos	30%	25,00	30%	35,00	30%	35,00
Exames Especiais	30%	110,00	30%	130,00	30%	130,00
Procedimentos Básicos	30%	60,00	30%	60,00	30%	60,00
Procedimentos Especiais	30%	150,00	30%	170,00	30%	170,00
Fisioterapia	40%	60,00	40%	70,00	40%	70,00
Fonoaudiologia	40%	60,00	40%	70,00	40%	70,00
Nutrição	40%	60,00	40%	70,00	40%	70,00
Psicoterapia	40%	60,00	40%	70,00	40%	70,00
Terapia Ocupacional	40%	60,00	40%	70,00	40%	70,00
Internação	-	220,00	-	400,00	-	400,00

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO PARCIAL – SÃO PAULO

Produtos	Amil Adesão Bronze SP I QC Copart		Amil Adesão Bronze SP Mais QC Copart		Amil Adesão Prata SP QC / QP Copart	
	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-
Consultas PS	-	-	-	-	-	-
Exames Básicos	-	-	-	-	-	-
Exames Especiais	-	-	-	-	-	-
Procedimentos Básicos	-	-	-	-	-	-
Procedimentos Especiais	-	-	-	-	-	-
Fisioterapia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Fonoaudiologia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Nutrição	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Psicoterapia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Terapia Ocupacional	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Internação	-	-	-	-	-	-

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO PARCIAL – RIO DE JANEIRO

Produtos	Adesão Bronze RJ		Adesão Bronze RJ Mais		Adesão Prata RJ	
	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-
Consultas PS	-	-	-	-	-	-
Exames Básicos	-	-	-	-	-	-
Exames Especiais	-	-	-	-	-	-
Procedimentos Básicos	-	-	-	-	-	-
Procedimentos Especiais	-	-	-	-	-	-
Fisioterapia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Fonoaudiologia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Nutrição	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Psicoterapia	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Terapia Ocupacional	40%	60,00	40%	60,00	40%	60,00
Internação	-	-	-	-	-	-

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO PARCIAL – DISTRITO FEDERAL E GOIÁS

Produtos	Adesão Prata DF		Amil Adesão Prata DF QC / QP Copart	
	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)
Consultas Eletivas	-	-	-	-
Consultas PS	-	-	-	-
Exames Básicos	-	-	-	-
Exames Especiais	-	-	-	-
Procedimentos Básicos	-	-	-	-
Procedimentos Especiais	-	-	-	-
Fisioterapia	40%	60,00	40%	60,00
Fonoaudiologia	40%	60,00	40%	60,00
Nutrição	40%	60,00	40%	60,00
Psicoterapia	40%	60,00	40%	60,00
Terapia Ocupacional	40%	60,00	40%	60,00
Internação	-	-	-	-

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO TOTAL – SP / RJ / DF / GO							
Produtos	Adesão Ouro SP RJ DF PR MG QC R Copart e Adesão Ouro SP RJ DF PR MG QP R Copart			Adesão Platinum SP RJ DF PR MG R Copart		Adesão Platinum Mais SP RJ DF PR MG R2 Copart	
	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	Valor Copart (%)	Limite por item (R\$)	
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-	
Consultas PS	-	-	-	-	-	-	
Exames Básicos	-	-	-	-	-	-	
Exames Especiais	-	-	-	-	-	-	
Procedimentos Básicos	-	-	-	-	-	-	
Procedimentos Especiais	-	-	-	-	-	-	
Fisioterapia	40%	60,00	40%	70,00	40%	70,00	
Fonoaudiologia	40%	60,00	40%	70,00	40%	70,00	
Nutrição	40%	60,00	40%	70,00	40%	70,00	
Psicoterapia	40%	60,00	40%	70,00	40%	70,00	
Terapia Ocupacional	40%	60,00	40%	70,00	40%	70,00	
Internação	-	-	-	-	-	-	

11.7.2. O percentual de coparticipação referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula que trata das coberturas e procedimentos garantidos.

11.7.3. Quando a coparticipação estiver indicada em percentuais, para a determinação do valor final devido, deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Percentual indicado na Tabela de Coparticipação} \times \text{Valor Unitário do Procedimento custeado pela Operadora*}}{100}$$

(*) Este valor pode variar em função do prestador escolhido pelo BENEFICIÁRIO.

11.7.4. Além disso, o valor da coparticipação a ser paga pelo BENEFICIÁRIO está sujeito ao limite máximo de cobrança por item e ao limite máximo de cobrança por mês, conforme definido na Tabela de Coparticipação, nos planos que prevejam essa modalidade. Os valores de coparticipação sujeitos ao limite máximo de cobrança por item e ao limite máximo de cobrança por mês não serão cumulativos em relação ao mês subsequente.

11.7.5. A atualização dos limites máximos de cobrança por item, dos limites máximos de cobrança por mês ou de eventuais valores fixos – na hipótese de a Tabela de Coparticipação estabelecê-los para determinados procedimentos – ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este instrumento, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e na regulamentação vigente acerca do tema.

11.7.6. O índice de atualização dos limites máximos de cobrança e também de eventuais valores fixos poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento.

12. ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – REEMBOLSO EXCLUSIVO PARA CONSULTAS E HONORÁRIOS MÉDICOS DE PROCEDIMENTOS

12.1. Para os atendimentos de consultas e honorários médicos decorrentes apenas de procedimentos cobertos pelo rol da ANS, os BENEFICIÁRIOS vinculados aos produtos com acesso à livre escolha para consultas e honorários médicos de procedimentos, poderão fazer uso de prestadores de serviços médicos não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano e solicitar o reembolso nos termos e limites dispostos neste instrumento, conforme quadro-resumo. Procedimentos não previstos no ROL da ANS, uma vez que preencham todos os requisitos da Lei 14.454/22 e suas atualizações, serão objeto exclusivo de cobertura por parte da AMIL e não tem direito ao reembolso previsto nesta cláusula.

12.1.1. Caso o BENEFICIÁRIO utilize os serviços médicos de profissionais pertencentes à rede credenciada, esses serviços serão pagos, pela Amil, diretamente ao prestador de serviços, por conta e ordem do BENEFICIÁRIO, nos limites e nas condições do plano. Nessa hipótese, não será cabível nenhum pedido de reembolso.

12.1.2. Caso o BENEFICIÁRIO realize seu atendimento em prestador de serviços médicos não pertencente à rede credenciada, esse serviço será pago diretamente pelo BENEFICIÁRIO, que poderá solicitar à Amil, o reembolso das despesas, exclusivamente, às consultas e honorários médicos de procedimento, comprovadamente realizadas.

12.1.3. O reembolso dos honorários médicos hospitalares somente será realizado se decorrente de procedimento cobertos pelo Rol da ANS e não engloba materiais e medicamentos, bem

como outros custos, que serão arcados pela Amil, por meio da conta hospitalar, quando realizados em prestador hospitalar credenciado.

12.1.4. Para os procedimentos médicos hospitalares realizados em prestador hospitalar não credenciado, não haverá reembolso de nenhum outro custo que não os dos honorários médicos decorrentes deles. Todos os demais custos, sejam dos materiais e medicamentos, sejam das diárias, taxas e outros serviços hospitalares não serão reembolsados.

12.2. O cálculo do montante devido pela utilização da livre pessoa de prestadores é feito em função dos fatores multiplicadores definidos para o plano escolhido e a Tabela de Reembolso vigente no momento da realização do procedimento, conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Valor Reembolso} = \text{Quantidade de URA} \times \text{Valor da URA} \times \text{Fator Multiplicador}$$

Em que:

Quantidade de URA (Unidade de Reembolso Amil): é o quantitativo apresentado na Tabela de Reembolso Amil para o respectivo procedimento, material ou medicamento.

Valor da URA: valor expresso em moeda corrente nacional e definido no momento da contratação.

Fator Multiplicador: é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre a quantidade de URA, indicará o valor do reembolso.

12.3.1. A Tabela de Reembolso dos Procedimentos contendo a quantidade de Unidades de Reembolso Amil (URA), encontra-se registrada no 4º Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro, no site amil.com.br e também na sede da Amil, para consulta dos BENEFICIÁRIOS.

12.3.2. Os múltiplos de reembolso e os valores iniciais de unidade de reembolso Amil (URA), previstos para o plano escolhido estão indicados na proposta de adesão.

12.3.3. O valor da URA poderá ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), respeitando-se sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15.

12.4. Caberá à Amil realizar a atualização da Tabela de Reembolso de consultas e honorários médicos dos procedimentos.

12.5. Para solicitar o reembolso, o BENEFICIÁRIO deverá entregar à Amil, no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados da data do evento médico ou da alta hospitalar, a documentação abaixo indicada, de acordo com o procedimento realizado, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- (i) Consultas:** Recibo ou Nota Fiscal, com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento.

- (ii) Honorários médicos durante a internação:** Recibo ou 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 e o procedimento realizado, laudo médico, cópia da descrição cirúrgica e ficha anestésica, laudo do exame anatomopatológico, nome do paciente, valores cobrados, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

Para mais informações acesse o site amil.com.br.

13. PAGAMENTOS

O VALOR MENSAL DO PLANO É FIXADO SEGUNDO OS VALORES ESPECÍFICOS DAS FAIXAS ETÁRIAS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO REFERENTE À MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.

13.1. FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

O pagamento do valor mensal do plano será efetuado de acordo com a opção indicada e autorizada pelo beneficiário titular na PROPOSTA DE ADESÃO ao contrato coletivo, a saber:

13.2. BOLETO BANCÁRIO DIGITAL

O prazo para pagamento do valor mensal é estabelecido em razão da data de ingresso e conforme a opção disponível e indicada na PROPOSTA DE ADESÃO pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.

Veja abaixo alguns exemplos:

Início da vigência do benefício	Vencimento do valor mensal do benefício
Dia 1	Todo dia 01 do mês
Dia 10	Todo dia 10 do mês
Dia 20	Todo dia 20 do mês

O beneficiário efetuará o pagamento do valor mensal do plano à SUPERMED.

13.3. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do plano, além de juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) sobre o valor total do plano.

14. REAJUSTES

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESÃO OU INCLUSÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) AO CONTRATO COLETIVO, O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO SERÁ REAJUSTADO COM BASE NOS 3 (TRÊS) CASOS A SEGUIR, OU EM OUTRAS HIPÓTESES, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA. TAIS REAJUSTES PODERÃO OCORRER DE FORMA CUMULATIVA (PARCIAL OU TOTAL) OU ISOLADA.

Todos os casos de reajustes apresentados a seguir são precedidos de comunicação da AMIL para a SUPERMED e, por conseguinte, dessa para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Operadora.

ATENÇÃO:

Independentemente das situações previstas neste capítulo, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, ressalvado o reajuste por mudança de faixa etária, cuja aplicação se fará conforme previsto no item 14.3 desse Manual.

14.1. REAJUSTE FINANCEIRO

O Reajuste Financeiro terá por base a Variação dos Custos Médicos e Hospitalares – VCMH (honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais, medicamentos, gases medicinais e demais despesas assistenciais) per capita, apurada no período de 24 (vinte e quatro) meses, comparando os 12 (doze) meses mais recentes aos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, referentes a beneficiários/contratos fora do período de carência.

14.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do plano. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento médico-hospitalar prestado aos beneficiários e coberto por este contrato coletivo, quer ele se dê em hospitais, clínicas, consultórios ou laboratórios.

Os valores do plano serão avaliados anualmente de acordo com o aniversário do contrato assinado entre a Operadora e a Administradora representando a sua Entidade de Classe e poderão ser reajustados em função do índice de sinistralidade calculado até o término do período da apuração, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

A aplicação desse reajuste visa manter o equilíbrio técnico-atuarial do contrato coletivo, o que respeita o princípio do mutualismo que rege a contratação coletiva.

14.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

O valor da mensalidade é definido e cobrado de acordo com a faixa etária de cada BENEFICIÁRIO.

Sempre que ocorrer uma alteração na idade do BENEFICIÁRIO TITULAR ou na de qualquer um de seus DEPENDENTES, mudança que signifique deslocamento para outra faixa etária, um novo valor de mensalidade será cobrado, a partir do mês seguinte ao da ocorrência da alteração, de

acordo com as faixas etárias definidas em norma própria da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e seus respectivos percentuais, conforme segue:

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA								
Faixa Etária	Amil Adesão Bronze (RJ, SP e DF)	Amil Adesão Bronze RJ Mais	Amil Adesão Bronze SP Mais	Amil Adesão Bronze Mais	Amil Adesão Prata	Amil Adesão Ouro	Amil Adesão Platinum	Amil Adesão Platinum Mais
0 - 18	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19 - 23	35,80%	17,00%	35,80%	17,00%	17,00%	17,00%	17,00%	35,80%
24 - 28	17,39%	22,00%	17,39%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	17,39%
29 - 33	0,00%	20,00%	0,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	0,00%
34 - 38	0,00%	5,00%	0,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	0,00%
39 - 43	11,70%	10,00%	11,70%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	11,70%
44 - 48	38,10%	25,00%	38,10%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	38,10%
49 - 53	19,40%	10,00%	19,40%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	19,40%
54 - 58	43,80%	25,00%	43,80%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	43,80%
59 ou +	41,80%	75,00%	41,80%	75,00%	75,00%	75,00%	75,00%	41,80%

A variação do preço em razão da faixa etária incidirá quando o BENEFICIÁRIO completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

Os índices de reajuste previstos nesta cláusula observam os seguintes critérios, conforme determinação da ANS:

O valor fixado para última faixa etária não é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não são superiores à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

ATENÇÃO:

A inexistência de reajuste por mudança de faixa etária a partir dos 60 (sessenta) anos de idade não inviabiliza nem prejudica a realização dos outros reajustes (financeiro e por índice de sinistralidade) previstos neste contrato coletivo.

15. ALTERAÇÕES DE DADOS CADASTRAIS (MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS)

15.1. ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (NOMES, DATAS, ENDEREÇO, ETC.)

- Solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- Cópia de documento que comprove a alteração.

É de responsabilidade do beneficiário titular manter seu endereço e número(s) de telefone sempre atualizados.

15.2. TRANSFERÊNCIA DE PLANO

15.2.1. A transferência do beneficiário titular acarretará a transferência dos seus beneficiários dependentes inscritos no plano. Os beneficiários transferidos serão inscritos em outro plano, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com número de registro próprio e distinto do plano de origem.

15.2.2. Quando houver transferência de BENEFICIÁRIO para um plano de categoria superior, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo, observado que, caso a transferência se dê para um plano que contenha:

- (i) novos benefícios
- (ii) nova rede credenciada e
- (iii) novo padrão de acomodação e não se trate de casos de portabilidade/migração, os BENEFICIÁRIOS cumprirão apenas as carências determinadas para esses casos, de acordo com o que estiver previsto no novo plano.

Todas as solicitações devem ser feitas por escrito, com a assinatura do BENEFICIÁRIO TITULAR.

15.3. PRAZOS PARA ALTERAÇÕES CADASTRAIS

As solicitações de alterações cadastrais deverão ser apresentadas com a documentação completa e respeitando-se as condições expostas neste capítulo.

A solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 10 (dez) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início da vigência do Plano do titular. Por exemplo:

Início da vigência do plano (exemplos)	Data-limite da solicitação da alteração	Vigência da alteração solicitada
Dia 1	Até o dia 20 do mês	A partir do dia 1º do mês subsequente à solicitação.
Dia 10	Até o dia 01 do mês	A partir do dia 1º do mês subsequente à solicitação.
Dia 20	Até o dia 10 do mês	A partir do dia 1º do mês subsequente à solicitação.

Salienta-se que, caso a solicitação não seja realizada até a data-limite (dez dias antes do dia correspondente ao início de vigência do plano do titular), a alteração somente será realizada no mês subsequente, sempre no dia correspondente ao início de vigência do beneficiário titular. Salienta-se também que, em todos os casos de alterações cadastrais, prevalecerá a data do efetivo recebimento da solicitação pela SUPERMED. Excetuam-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos, recém- adotados ou recém-casados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção, do casamento ou da união estável, respectivamente.

16. INCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

16.1. Nenhuma indicação de BENEFICIÁRIOS Dependentes terá valor se não tiver sido feita mediante declaração escrita por parte do BENEFICIÁRIO Titular, enviada à Administradora e ratificada pela Operadora.

16.2. Em caso de pedido de inscrição feito pelo BENEFICIÁRIO Titular, de seu(s) filho(s) natural(is) nascido(s) sob a vigência do presente contrato ou de filho(s) adotivo(s), menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO Titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, respectivamente.

16.3. Em caso de pedido de inclusão, pelo BENEFICIÁRIO Titular, após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias a que se refere o item acima, a inclusão deste como BENEFICIÁRIO Dependente ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência dispostos neste instrumento, conforme disposições contidas em cláusula específica.

16.4. Para fins de aplicação neste item, o BENEFICIÁRIO Titular deverá apresentar a documentação comprobatória prevista neste instrumento, devendo arcar com o correspondente acréscimo de contraprestação pecuniária.

16.5. A Operadora poderá exigir, a qualquer tempo, documentos oficiais que comprovem o vínculo entre o BENEFICIÁRIO Titular e a entidade ou, ainda, a relação de dependência entre o BENEFICIÁRIO Titular e seus dependentes, quando inscritos.

16.6. Para a inclusão de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES deverão ser apresentados obrigatoriamente os documentos listados nos itens abaixo, seguindo os prazos estabelecidos pela Administradora para adesão à vigência proposta para análise prévia, sob pena do beneficiário ser considerado inelegível e respectivamente excluído do plano;

Documentos necessários:

- Cédula de Identidade ou documento oficial similar com foto, na falta deste a certidão de nascimento;
- Declaração de Saúde devidamente preenchida e assinada;
- CPF;
- Certidão de Casamento, no caso de inclusão de cônjuge;
- Escritura Pública de União Estável, no caso de inclusão de companheiro(a);
- Enteados: apresentação de certidão de casamento ou escritura pública de união estável, além dos documentos relacionados acima;
- Tutelado ou menor sob guarda: apresentação do termo de tutela, curatela ou de guarda judicial (provisória ou definitiva), além dos documentos relacionados acima.

17. CANCELAMENTO DO PLANO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento do plano ou exclusão de beneficiário(s) diretamente à SUPERMED pelos seus canais de atendimento, informados nesse Manual.

Para tanto deverá proceder da seguinte forma:

- Solicitação de cancelamento poderá ser feita diretamente à Administradora ou à Operadora;
- Solicitação de exclusão de beneficiário deverá ser feita diretamente à Administradora;
- Devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários e/ou de quaisquer documentos que possibilitem a assistência contratada.

A exclusão do beneficiário titular acarretará, obrigatoriamente, a exclusão de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) incluído (s) no contrato coletivo de plano de saúde.

18. CANCELAMENTO DO PLANO POR INADIMPLÊNCIA

- O atraso no pagamento do valor mensal do plano poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao plano de saúde, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos.
- A falta de pagamento do valor mensal do plano, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) do plano, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa.

19. PERDA DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE

A AMIL, independentemente da adoção de medidas judiciais aplicáveis contra o responsável por eventuais danos que forem causados à Operadora e à Administradora, não efetuará nenhum reembolso ou pagamento com base no plano contratado e poderá cancelar o mesmo, a qualquer tempo, caso haja por parte do beneficiário titular ou de seu(s) beneficiário(s) dependente(s):

- Inexatidão, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas na Proposta de Adesão, que tenham influenciado na sua aceitação pela SUPERMED.
- Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças informadas na Declaração de Saúde.

- Fraude ou dolo.
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela SUPERMED e/ou AMIL, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- Utilização indevida do cartão de identificação.

LEMBRETES IMPORTANTES

- É muito importante que os beneficiários saibam o que é o índice de sinistralidade.
- Entende-se por índice de sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do seu plano de saúde. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento prestado aos beneficiários e que sejam cobertos por este contrato.
- Sendo assim, é fundamental que os beneficiários saibam utilizar o plano de saúde de forma adequada, sem desperdícios.
- Nunca empreste sua carteirinha, sob pena de configuração de fraude.
- Em caso de necessidade de atendimento de urgência ou emergência, dirija-se ao pronto-socorro mais próximo que faça parte da rede credenciada da AMIL para o seu plano.
- Realize exames conforme solicitação médica. Uma vez solicitados e realizados, sempre retire o resultado de seus exames.
- Após a utilização dos exames, guarde-os com segurança. Os diagnósticos poderão ser úteis no futuro. Em caso de sugestões, críticas ou eventuais reclamações, comunique a AMIL ou a SUPERMED.

CANAIS DE ATENDIMENTO AMIL



Central de Serviços:

(21) 3004-1000 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 706 2363 (Demais localidades - Interior)



Central de Libras – Amil:

<https://institucional.amil.com.br/central-de-libras>

ANEXO I

ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NACIONAL

O presente ANEXO tem por objeto a prestação do serviço denominado ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NACIONAL aos BENEFICIÁRIOS de um dos planos privados de assistência médico-hospitalar coletivo por adesão operados pela AMIL e elegíveis a utilização do presente serviço. Nele estão as principais regras que devem ser observadas por todos os que adquirirem o serviço e/ou utilizarem suas funcionalidades.

Os serviços objeto deste ANEXO são prestados por empresa de serviços contratada pela AMIL para este fim.

DEFINIÇÕES

Para todos os efeitos deste Anexo, deverão ser observados os seguintes conceitos:

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

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 atendimento médico.

Enfermidade: estado patológico agudo, que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, com ou sem investigação laboratorial e/ou radiológica emergencial. A intervenção médica ou cirúrgica nas condições supracitadas deverá estar devidamente comprovada e justificada através de laudo médico detalhado, por escrito.

Urgência: absoluta ou relativa.

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.

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 dependem a expectativa de vida e/ou as funções orgânicas do BENEFICIÁRIO.

Procedimentos eletivos: Procedimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência.

Âmbito territorial: Os serviços serão disponibilizados sempre que o BENEFICIÁRIO estiver fora do local de cobertura do seu plano de saúde e desde que dentro do território brasileiro.

1. OBJETO

1.1. O presente ANEXO tem por objeto a assistência para o primeiro atendimento médico em caso de urgência e emergência dos BENEFICIÁRIOS da CONTRATANTE fora da região de cobertura do seu plano e dentro do território nacional.

1.2. Os serviços dispostos neste ANEXO não serão disponibilizados quando os BENEFICIÁRIOS estiverem dentro do âmbito de cobertura do seu plano de assistência à saúde ou para atendimentos caracterizados como eletivos, sejam eles de internação, cirurgia, consulta, exames e demais atendimentos não emergenciais.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. São considerados elegíveis à utilização do serviço previsto no presente instrumento, os BENEFICIÁRIOS dos planos Adesão Bronze DF, Adesão Bronze SP, Adesão Bronze RJ, Adesão Bronze Mais SP, Adesão Bronze Mais RJ, Adesão Prata DF, Adesão Prata MG, Adesão Prata PR, Adesão Prata SP, Adesão Prata RJ, Adesão Ouro, Adesão Platinum e Adesão Platinum Mais vinculados à CONTRATANTE, desde que não estejam com pagamento(s) da(s) mensalidade(s) do Contrato de Assistência Médica em atraso, obedecendo as suas normas e regulamentos.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. Estão cobertos no presente ANEXO os atendimentos de urgência e emergência em território nacional, desde que fora da região de cobertura do plano contratado.

4. COBERTURAS

4.1. ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR E/OU ODONTOLÓGICA

4.1.1. Caso o BENEFICIÁRIO necessite de atendimento médico, em decorrência de evento previsto, a Central de Assistência organizará a prestação do serviço, desde que o mesmo tenha sido solicitado a prévia intermediação da Central de Assistência para a indicação e coordenação do serviço de assistência médica.

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

4.1.3. 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, respeitadas as limitações locais.

4.1.4. Serão cobertos os custos de exames de esclarecimento diagnóstico de enfermidades agudas, quando comprovada a necessidade de acordo com critérios clínicos, e cujo resultado

venha a auxiliar a tomada de decisões da equipe de assistência, interferindo diretamente na expectativa de vida e/ou funções orgânicas do BENEFICIÁRIO.

4.1.5. As intervenções cirúrgicas terão cobertura quando delas dependerem a expectativa de vida e/ou funcional do BENEFICIÁRIO, devendo ser previamente autorizadas pela Equipe Médica da Central de Assistência.

4.2. TRANSLADO MÉDICO

4.2.1. A Central de Assistência providenciará o traslado de regresso do BENEFICIÁRIO, imediatamente após a alta médica, indicando as condições especiais de transporte, ao seu local de origem, onde se deu o acionamento do serviço, ou ao seu domicílio, caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de acidente pessoal ou enfermidade prevista neste documento.

4.2.2. Caso não seja necessária a utilização de ambulância ou qualquer tipo de cuidado médico/enfermagem para transporte do BENEFICIÁRIO até o local de atendimento, conforme avaliação da Equipe Médica da Central de Assistência, será disponibilizado o serviço de táxi para transporte do BENEFICIÁRIO e até 1 (um) acompanhante.

4.2.3. Em caso de evento previsto, se o BENEFICIÁRIO estiver internado em um hospital e por recomendação médica, necessitar ser removido para outro hospital com condições adequadas ao seu quadro clínico, a Central de Assistência providenciará a transferência do BENEFICIÁRIO para o hospital indicado pela Equipe Médica, pelo meio de transporte indicado, desde que esteja disponível na região e dentro do limite de cobertura.

5. UTILIZAÇÃO

5.1. A prestação do serviço de assistência deverá ser solicitada diretamente pelo BENEFICIÁRIO ou, em caso de impossibilidade, por terceiro em seu nome, sempre que houver necessidade de atendimento médico de urgência e emergência no Brasil, fora da região de cobertura do plano de saúde, mediante contato telefônico feito para a Central de Assistência 24h da Empresa de Serviços contratada para esse fim, disponível pelo número +55 11 5039-9043

5.2. Excepcionalmente nos casos de emergência, 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.

5.3. A utilização do serviço estará condicionada ao cumprimento do prazo de carência por parte do BENEFICIÁRIO, conforme disposto no Contrato Principal.

6. VIGÊNCIA

6.1. O serviço estará disponível aos BENEFICIÁRIOS dos planos Adesão Bronze DF, Adesão Bronze SP, Adesão Bronze RJ, Adesão Bronze Mais SP, Adesão Bronze Mais RJ, Adesão Prata DF, Adesão Prata MG, Adesão Prata PR, Adesão Prata SP, Adesão Prata RJ, Adesão Ouro, Adesão Platinum e Adesão Platinum Mais no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis a partir da confirmação do pagamento do valor referente ao serviço pela CONTRATANTE.

6.2. O presente ANEXO terá vigência por prazo indeterminado, podendo ser rescindido por iniciativa de qualquer das Partes desde que a Parte contrária seja previamente notificada, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

6.3. Na hipótese de extinção do Contrato Principal, este ANEXO será igualmente extinto.

7. RESCISÃO

7.1. O presente ANEXO poderá ser extinto ou suspenso:

7.1.1. Imotivadamente, por iniciativa de qualquer das Partes, desde que haja prévia notificação da outra Parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

7.1.2. Unilateralmente pela AMIL, em caso de: (i) atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias do Contrato Principal por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência ou (ii) fraude.

ANEXO II

COBERTURAS ADICIONAIS

APRESENTAÇÃO

Neste documento, são apresentadas as Coberturas Adicionais ao Contrato de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo por Adesão.

As coberturas adicionais referem-se àquelas que excedem as previsões da Lei nº 9.656/98 e/ou as coberturas dispostas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e seus anexos, emitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e serão prestadas sempre que se verificar a ocorrência de riscos previstos e cobertos pelo contrato e por este instrumento, desde que o evento não se enquadre como “risco excluído” ou “não coberto”.

O BENEFICIÁRIO poderá utilizar as coberturas adicionais durante o prazo de vigência do contrato e dentro da área geográfica de abrangência indicada no Quadro-Resumo/Proposta.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS ADICIONAIS GARANTIDOS

Além das coberturas previstas no Contrato de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo por Adesão, serão asseguradas ao BENEFICIÁRIO, independentemente do local de origem do evento e de acordo com as características do plano indicado no Quadro-Resumo/Proposta, as seguintes coberturas adicionais:

1. Cobertura adicional disponível para os produtos Adesão Prata SP, Adesão Prata RJ, Adesão Prata DF, Adesão Prata MG, Adesão Prata PR, Adesão Ouro, Adesão Platinum e Adesão Platinum Mais:

- 1.1. Cobertura de transplante cardiopulmonar, de fígado, pâncreas, coração, pulmão, pâncreas-rins, além daqueles previstos no rol da ANS, e para as despesas hospitalares com doador vivo, desde que identificada a compatibilidade sanguínea.

2. Cobertura adicional disponível para os produtos Adesão Platinum e Adesão Platinum Mais:

- 2.1. Cobertura para escleroterapia, na rede credenciada, limitada a 12 (doze) sessões por ano de Contrato.

- 2.2. Cobertura para cirurgia oftalmológica refrativa, independentemente do grau de refração, na rede credenciada.