

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA FÍSICA 112A

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	▶ QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	1
2	▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE	1
3	▶ NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	1
4	▶ TIPO DE CONTRATAÇÃO	5
5	▶ SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	6
6	▶ ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	6
7	▶ ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	7
8	▶ PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	7
9	▶ ATRIBUTOS DO CONTRATO	7
10	▶ CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	8
11	▶ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	9
12	▶ EXCLUSÕES DE COBERTURA	16
13	▶ DURAÇÃO DO CONTRATO	19
14	▶ PERÍODOS DE CARÊNCIAS	19
15	▶ DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	20
16	▶ ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	22
17	▶ ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	25
18	▶ MECANISMOS DE REGULAÇÃO	29
19	▶ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	35
20	▶ REAJUSTE ANUAL	36
21	▶ REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA	37
22	▶ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	38
23	▶ RESCISÃO	39
24	▶ DISPOSIÇÕES GERAIS	40
25	▶ ELEIÇÃO DE FORO	42

1

CLÁUSULA PRIMEIRA

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

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

2

CLÁUSULA SEGUNDA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

2.1 – CONTRATANTE é a pessoa física identificada e qualificada conforme dados constantes na Proposta Contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

2.2 – A CONTRATANTE é identificada também neste contrato como **BENEFICIÁRIO titular**. O **BENEFICIÁRIO titular** irá indicar expressamente na Proposta Contratual os **BENEFICIÁRIOS dependentes**. **BENEFICIÁRIO titular** e **BENEFICIÁRIOS dependentes**, no conjunto, serão denominados, simplesmente, **BENEFICIÁRIOS**.

3

CLÁUSULA TERCEIRA

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

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

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

3.2.1 – Planos BLUE:

a) Plano BLUE 200, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 200 REGIONAL** com abrangência geográfica Regional –

definida na proposta contratual, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.

- b) **Plano BLUE 300**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 300 REGIONAL** com abrangência geográfica Regional – definida na proposta contratual, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.
- c) **Plano BLUE 400**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 400 NACIONAL** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, com previsão de até 1 (uma) vez a Tabela AMIL de Reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais e honorários médicos de internação, não havendo previsão de reembolso para os custos hospitalares de internação.
- d) **Plano BLUE 500**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 500 NACIONAL** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com previsão de até 1 (uma) vez a Tabela AMIL de Reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais e honorários médicos de internação, não havendo previsão de reembolso para os custos hospitalares de internação.
- e) **Plano BLUE 600**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 600 NACIONAL** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com previsão de até 1,5 (uma e meia) vez a Tabela AMIL de Reembolso para consultas e atendimento em pronto-socorro, 1 (uma) vez para exames, procedimentos ambulatoriais e honorários médicos de internação, não havendo previsão de reembolso para os custos hospitalares de internação.
- f) **Plano BLUE 700**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 700 NACIONAL** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com previsão de até 2 (duas) vezes a

Tabela AMIL de Reembolso para consultas e atendimento em pronto-socorro, 1 (uma) vez para exames e procedimentos ambulatoriais, 2 (duas) vezes para honorários médicos de internação, não havendo previsão de reembolso para os custos hospitalares de internação.

- g) **Plano BLUE 800**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 800 NACIONAL** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com previsão de até 3,5 (três e meia) vezes a Tabela AMIL de Reembolso para consultas e atendimento em pronto-socorro, 1 (uma) vez para exames e procedimentos ambulatoriais e 2 (duas) vezes honorários médicos de internação, não havendo previsão de reembolso para os custos hospitalares de internação.

3.2.2 – Planos MEDIAL:

- a) **Plano MEDIAL 100**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 100 REGIONAL** com abrangência geográfica Regional – definida na proposta contratual, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, com franquias, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.
- b) **Plano MEDIAL 200**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 200 REGIONAL** com abrangência geográfica Regional – definida na proposta contratual, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.
- c) **Plano MEDIAL 300**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 300 REGIONAL** com abrangência geográfica Regional – definida na proposta contratual, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.

- d) **Plano MEDIAL 400** segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 400 NACIONAL** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.
- e) **Plano MEDIAL 500** segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 500 NACIONAL** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.
- f) **Plano MEDIAL 600** segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 600 NACIONAL** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.
- g) **Plano MEDIAL 700** segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 700 NACIONAL** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.
- h) **Plano MEDIAL 800** segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com ou sem Obstetrícia, rede credenciada do Orientador **REDE 800 NACIONAL** com abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.

3.2.3 – Plano REFERÊNCIA:

Plano AMIL REFERÊNCIA, segmentação assistencial Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de quarto coletivo), rede credenciada do Orientador Médico **AMIL REFERÊNCIA REGIONAL** com abrangência geográfica Regional – Grupo de Municípios, acomodação quarto coletivo, não havendo previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.

3.3 – Os planos regionais terão cobertura nacional, para os atendimentos devidamente caracterizados como urgência e/ou emergência, conforme descrito na cláusula 16, para os **BENEFICIÁRIOS** em trânsito.

3.3.1 – Este atendimento terá cobertura na rede credenciada equivalente ao plano contratado.

3.3.2 – Considera-se **BENEFICIÁRIO** em trânsito aquele em viagem fora do seu município de residência.

3.4 – O número de registro na ANS de cada plano consta descrito na Proposta Contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

4

CLÁUSULA QUARTA

TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1 – O tipo de contratação deste plano é Individual/Grupal ou Familiar e, para fins deste contrato, caracteriza-se como familiar quando facultada à **CONTRATANTE** a inclusão de seus dependentes.

4.1.1 – Entende-se por família o conceito presente no artigo 226, parágrafo 3º da Constituição Federal Brasileira.

a) Contrato Individual/Grupal: é aquele que tem um ou mais **BENEFICIÁRIOS**, sem a obrigatoriedade do caráter familiar.

b) Contrato Familiar I: é aquele que tem obrigatoriamente como **BENEFICIÁRIOS** ambos os cônjuges, podendo incluir como dependentes somente seus filhos(as) solteiros(as).

- c) Contrato Familiar II: é aquele que tem obrigatoriamente como **BENEFICIÁRIOS** um dos cônjuges, sendo obrigatória a inclusão de um dependente direto filho(a) solteiro(a).

5

CLÁUSULA QUINTA

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

5.1 – As segmentações assistenciais dos planos incluídos neste contrato conforme descritos na cláusula 3.2 acima, em conformidade com o item 2, do Anexo II da RN nº 100/2005, são:

- a) Para o Plano AMIL Referência: Segmentação Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria).
- b) Para os demais planos: Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia ou Segmentação Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia.

6

CLÁUSULA SEXTA

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1 – Com base na Lei nº 9.656/98 e regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada na abrangência geográfica especificada para cada plano listado na cláusula terceira em consonância com a classificação estabelecida na RDC nº 100 da ANS, de 6 de junho de 2005, ou outra que venha a sucedê-la, cujo conteúdo pode ser encontrado no site da ANS: www.ans.gov.br.

6.2 – A **AMIL** fornecerá Orientador Médico de cada plano com a lista de todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, com os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas. Nos planos com abrangência geográfica Grupo de Municípios, estão relacionados os municípios cobertos.

6.3 – Nos planos com abrangência geográfica Nacional, os prestadores poderão estar distribuídos por mais de um orientador, de acordo com os diferentes estados.

7

CLÁUSULA SÉTIMA

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

7.1 – As áreas de comercialização dos planos **AMIL** são somente aquelas onde a **AMIL** tem filiais operacionais ou sede, distribuídas no território nacional, conforme disposto no Anexo I da RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, para os produtos comercializados vigentes na época da contratação.

8

CLÁUSULA OITAVA

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

8.1 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito, em caso de internação hospitalar, à cobertura para acomodação **coletiva (enfermaria) ou privativa (quarto ou apartamento)**, de acordo com o plano contratado. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

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

9

CLÁUSULA NONA

ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1 – A **AMIL**, de acordo com o §1º, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela MP nº 2.177 de 2001, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços médico-hospitalares, previstos no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na época do evento para tratamento de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente, e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

9.2 – O presente contrato de cobertura de custos médicos e hospitalares reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor e artigos 458 a 461 do Código Civil de 2002, considerando-se, ainda, esta avença, como um contrato, assumindo o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **AMIL** em garanti-la ou em razão do evento não constar do Rol de Procedimentos vigente.

9.3 – Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e regulamentação setorial vigente, em especial a Resolução Normativa RN nº 195/09 alterada pela RN nº 200/09, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

10

CLÁUSULA DÉCIMA

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

10.1 – Conforme definido na Qualificação da Contratante, são considerados como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato o **BENEFICIÁRIO titular** e seus **BENEFICIÁRIOS dependentes**, indicados na Proposta Contratual anexa, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao **BENEFICIÁRIO titular** ou sem caráter familiar no caso de contrato Individual/Grupal.

10.1.1 – São **BENEFICIÁRIOS dependentes** diretos, com relação ao titular:

- a) O cônjuge.
- b) Os filhos, os enteados, os tutelados que ficam equiparados aos filhos.
- c) O convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.
- d) Demais **BENEFICIÁRIOS** indicados pela **CONTRATANTE**.

10.2 – Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO**, que possuir cobertura com segmentação hospitalar com obstetrícia, será garantida a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que transcorridos 300 (trezentos) dias de carência para parto a termo, ou 180 (cento e oitenta) dias para situações obstétricas de urgência. Não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

10.3 – Em caso de inscrição de filho(s) adotivo(s) do **BENEFICIÁRIO**, menor de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** adotante, desde que sua inclusão seja expressamente solicitada pela **CONTRATANTE** à **AMIL** no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o conseqüente acréscimo da contraprestação pecuniária. A extinção da adoção confere à **AMIL** o direito de exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano contratado.

10.4 – Os menores de 18 anos poderão ser **BENEFICIÁRIOS** titulares, ou seja, como **CONTRATANTE**, devendo neste caso ser representados ou assistidos na forma da legislação civil, desde de que possuam CPF conforme exigência do artigo 15 da Resolução Normativa RN nº 187/09.

10.5 – A **CONTRATANTE** deverá preencher por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS** todos os dados incluídos na Proposta Contratual, apresentando os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas, tais como carteira de identidade, CPF ou certidão de nascimento e casamento e comprovante de residência.

11

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

A – Consultas ambulatoriais

11.2 – Está compreendida neste contrato a cobertura para o atendimento de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e Resolução Normativa nº 192/2009.

B – Serviços complementares de diagnóstico e tratamentos

11.3 – Os **BENEFICIÁRIOS** deste contrato terão direito, nos limites dos planos escolhidos e observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato, e as hipóteses previstas no Rol de

Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigente na época do evento, à cobertura para os custos dos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, observando-se:

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

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

11.3.3 – Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos vigente, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

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

C – Internações hospitalares

11.4 – A **AMIL** garante ao **BENEFICIÁRIO**, desde que solicitado pelo médico assistente, observadas as demais condições deste contrato a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

11.4.1 – Para a cobertura nas internações de caráter de urgência e/ou emergência, o **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável fará comunicar à **Central de Atendimento AMIL**, 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.

11.4.2 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **AMIL** até 5 (cinco) dias da data da internação.

11.4.3 – A cobertura de internações hospitalares, conforme padrão de acomodação contratado, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, relacionados no Rol de Procedimentos que encontra-se definido e listado em Resolução Normativa e suas atualizações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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

11.4.5 – Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico.

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

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

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

11.4.6.3 – Estão excluídos, desta cobertura, os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução desses procedimentos odontológicos.

11.4.7 – A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos.
- c) Radioterapia incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações: ambulatorial e hospitalar.
- d) Hemoterapia.
- e) Nutrição parenteral ou enteral.
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- h) Radiologia intervencionista.
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

11.4.8 – A cobertura de taxa ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente – Anvisa).

11.4.9 – A cobertura de despesas relativas a um acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato – primeiras 24 (vinte e quatro) horas), e os portadores de necessidades especiais, estes últimos mediante indicação do médico assistente.

11.4.9.1 – Entende-se por despesas de acompanhante a mesma acomodação do paciente e alimentação, quando fornecida pelo hospital.

11.4.10 – A cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, constantes em Resolução Normativa e suas atualizações (Rol de Procedimentos e suas Diretrizes), fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação.

11.4.11 – Cobertura dos custos de honorários médicos através de utilização de rede credenciada, de acordo com os termos e condições do contrato.

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

11.4.13 – A cobertura para leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.

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

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

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

11.4.17 – O **BENEFICIÁRIO** terá o direito à cobertura de próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente – Anvisa, quando ligados ao ato cirúrgico, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação, estabelecidos na cláusula 18.3.5.

11.4.18 – A cobertura dos custos de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica descrita no Orientador Médico AMIL para realização de transplantes de órgãos. Não sendo permitida, neste caso, a livre escolha.

11.4.18.1 – Estão cobertos neste contrato os transplantes previstos no Rol de Procedimentos vigente. **A cobertura será garantida somente na rede credenciada específica descrita no Orientador Médico.**

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

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

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

D – Obstetrícia

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

11.5.1 – É assegurado ao recém-nascido, filho natural do titular ou de qualquer outro **BENEFICIÁRIO** do contrato, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, na vigência e de acordo com os termos do contrato, cumprida a carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo, ou 180 (cento e oitenta) dias para situações obstétricas de urgência. Não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

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

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

E – Do tratamento dos transtornos psiquiátricos

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

Tratamento dos transtornos psiquiátricos em regime ambulatorial estão cobertos:

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

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

11.7.2 – Considera-se em situação de crise a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente.

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

Tratamento dos transtornos psiquiátricos em regime hospitalar estão cobertas:

11.8 – As internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

11.8.1 – O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Considera-se em situação de crise a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental conforme atestado pelo médico assistente.

11.8.2 – Além do custeio integral de 30 (trinta) dias de internação hospitalar, o **BENEFICIÁRIO** e seus dependentes estarão cobertos de acordo com as diretrizes estabelecidas no Rol de Procedimentos para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

11.8.3 – Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime hospitalar exceda os limites previstos no presente contrato, ou seja, 30 (trinta) dias de internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral por ano contratual, não cumulativos, haverá a coparticipação obrigatória referente ao período excedente, por parte do **BENEFICIÁRIO**, do percentual determinado na legislação vigente à época da contratação, ou seja, 50% (cinquenta por cento) das despesas hospitalares e honorários médicos de internação.

12

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1 – Este contrato NÃO PREVÊ COBERTURA DE CUSTOS OU REEMBOLSO para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, entre os quais os seguintes:

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

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

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

12.1.4 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

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

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

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

12.1.7 – Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.

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

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

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

12.1.11 – Transplantes, **exceto os de rim, de córnea e de medula**, listados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento.

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

12.1.13 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), entendidos como os que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência).

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

12.1.15 – Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente – Anvisa, assim como interferon, interleucina e remicade, exceto aqueles utilizados em regime de internação hospitalar.

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

12.1.17 – Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no Rol de Procedimentos vigente.

12.1.18 – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol de Procedimentos vigente na época do evento.

12.1.19 – Remoção por via aérea, exceto quando contratada através de aditivo específico, e as outras remoções que não ocorram na forma da cláusula que trata do atendimento de urgência e emergência.

12.1.20 – Todos e quaisquer procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

13

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1 – O presente contrato vigorará por prazo indeterminado, contado a partir da data da sua assinatura da proposta contratual.

14

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

PERÍODOS DE CARÊNCIAS

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

14.2 – A observância das carências será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecida no plano contratado, sendo os seguintes os prazos, contados da assinatura da Proposta Contratual:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para cobertura em pronto-socorro para os casos de urgência e emergência, nos termos da Resolução Consu nº 13/98.
- b) 30 (trinta) dias para cobertura de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.
- c) 180 (cento e oitenta) dias para cobertura de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações.
- d) 180 (cento e oitenta) dias para internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos, excluindo as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.
- e) 300 (trezentos) dias para cobertura de parto a termo.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

15.2 – No momento da adesão contratual, o **BENEFICIÁRIO** deverá preencher a Declaração de Saúde informando à **AMIL** a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

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

15.4 – O **BENEFICIÁRIO** poderá escolher um médico para auxiliá-lo no preenchimento da entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **AMIL**, sem qualquer ônus para o mesmo.

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

15.6 – A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de Declaração de Saúde, elaborado pela **AMIL**, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

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

15.8 – Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada, ou através de declaração do **BENEFICIÁRIO** a existência de doenças ou lesões preexistentes, a **AMIL** deverá oferecer a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

15.9 – **Cobertura Parcial Temporária** – é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início

da vigência do contrato ou da data de inclusão de cada novo **BENEFICIÁRIO**, a suspensão da cobertura dos **procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidade Coronariana e Unidade Intermediária) e procedimentos de alta complexidade (PAC), definidos no Rol de Procedimentos de Alta Complexidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

15.9.1 – Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão do plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656, de 1998.

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

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

15.12 – Sendo constatado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação, a **AMIL** comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação através do Termo de Comunicação, conforme legislação vigente.

15.12.1 – Nesse momento, a **AMIL** poderá:

a) oferecer a Cobertura Parcial Temporária – CPT, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou adesão do plano; e/ou

b) solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

15.13 – Acolhida a alegação da **AMIL** pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou pelo Judiciário, o **BENEFICIÁRIO** passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada em razão da fraude (todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos que tenham relação com a doença ou lesão preexistente).

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

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

16.1.2 – Acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico.

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

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

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

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

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

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

Remoção

16.5 – Fica assegurada a cobertura para remoção do **BENEFICIÁRIO**, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, desde que comprovadamente necessária e após prévia autorização da **AMIL**.

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

16.7 – Nos termos das cláusulas 16.3 e 16.4, haverá garantia de cobertura para remoção terrestre para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, limitada até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento, quando caracterizada, pelo médico assistente, nos seguintes casos:

- a) O **BENEFICIÁRIO** estar cumprindo período de carência para internação.
- b) Em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

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

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

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

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

16.12 – O reembolso dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica contratada, para as despesas efetuadas pelo **BENEFICIÁRIO** com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência comprovada através dos documentos relacionados nos itens abaixo, e na impossibilidade justificada pela não utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela **AMIL**, em conformidade com o artigo 12, VI da Lei nº 9.656/1998.

16.13 – O reembolso de que trata o item anterior será efetuado de acordo com a Tabela vigente de Honorários Médicos e Hospitalares da **AMIL**, que representa os preços de serviços médico-hospitalares adotados pelo plano contratado, pagáveis no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento dos documentos originais, conforme cada um dos eventos abaixo relacionados:

a) Atendimento de 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.

b) 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, declarando o 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 e endereço legível e data da realização do evento.

c) Internação: nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s).

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

16.15 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **AMIL** poderá solicitar à **CONTRATANTE** documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado, o que acarretará novo prazo de 15 (quinze) dias úteis da data da juntada do novo documento.

16.16 – O reembolso será pago à **CONTRATANTE** ou ao **BENEFICIÁRIO** solicitante em até 15 (quinze) dias da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

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

Do atendimento de urgência e emergência fora da abrangência geográfica

16.18 – Nos casos de atendimentos devidamente caracterizados como urgências e/ou emergências, fora da área de abrangência geográfica estabelecida no plano contratado, o **BENEFICIÁRIO** tem assegurada a cobertura para utilização de rede credenciada equivalente, na abrangência nacional, observadas as coberturas e similaridade do plano escolhido.

ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

17.1 – Nos planos: BLUE 400, BLUE 500, BLUE 600, BLUE 700, BLUE 800, o cálculo do reembolso quando devido e na utilização de livre escolha é feito em função dos multiplicadores definidos no plano escolhido, conforme o quadro a seguir,

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA FÍSICA 112A

que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela AMIL de Reembolso nos limites e condições estabelecidas no plano contratado, conforme especificado para cada plano listado na cláusula terceira.

17.2 – Os valores de reembolso previstos são os seguintes:

GRUPO DE BENEFÍCIO	Blue 400 Blue 500	Blue 600	Blue 700	Blue 800
Consultas	até 1 vez a tabela Amil	até 1,5 vez a tabela Amil	até 2 vezes a tabela Amil	até 3,5 vezes a tabela Amil
Atendimento de urgência em pronto-socorro hospitalar	até 1 vez a tabela Amil	até 1,5 vez a tabela Amil	até 2 vezes a tabela Amil	até 3,5 vezes a tabela Amil
Exames e procedimentos básicos de apoio diagnóstico e tratamento	até 1 vez a tabela Amil	até 1 vez a tabela Amil	até 1 vez a tabela Amil	até 1 vez a tabela Amil
Exames e procedimentos especiais de apoio diagnóstico e tratamento	até 1 vez a tabela Amil	até 1 vez a tabela Amil	até 1 vez a tabela Amil	até 1 vez a tabela Amil
Honorários médicos de internação	até 1 vez a tabela Amil	até 1 vez a tabela Amil	até 2 vezes a tabela Amil	até 2 vezes a tabela Amil
Custos hospitalares de internação	Sem previsão para reembolso	Sem previsão para reembolso	Sem previsão para reembolso	Sem previsão para reembolso

17.2.1 – Nos planos mencionados, o **BENEFICIÁRIO** poderá, em consonância com o plano escolhido, utilizar os serviços médicos auxiliares de diagnóstico e tratamento de sua livre escolha e também os integrantes da rede credenciada.

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

17.4 – O reembolso dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica **AMIL**, e seu cálculo é feito em função de multiplicadores definidos no plano escolhido, que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela de Reembolso de Honorários Médicos e Hospitalares **AMIL**.

17.4.1 – Esta tabela e o **Orientador Médico** dos planos **AMIL** estão disponibilizados no site www.amil.com.br, e na sede da **AMIL** para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**, constando a lista de todos os prestadores de serviços **aos quais o BENEFICIÁRIO poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas, bem como os quantitativos de Coeficientes de Honorários (CH) reembolsáveis, e** eventuais dúvidas acerca desta tabela poderão ser sanadas através do teletendimento da **AMIL**.

17.4.2 – **A Tabela de Reembolso de Honorários Médicos e Hospitalares AMIL que rege os múltiplos de reembolso** encontra-se registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos.

17.4.3 – O valor do reembolso é obtido multiplicando-se o quantitativo em CHs da Tabela de Reembolso pelo valor em reais das URAs – Unidades de Reembolso **AMIL**, equivalentes para cada tipo de procedimento, entre consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, e honorários médicos.

17.4.4 – Os valores das URAs serão reajustados no mesmo percentual de reajuste anual da mensalidade, não sendo considerados os reajustes por variação de faixa etária.

17.4.5 – O valor de reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada (inciso IX, artigo 2º, Resolução Consu nº 08/1998, acrescentado pelo inciso V, artigo 1º, da Resolução Consu nº 15/1998).

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

a) Consulta: recibos ou nota fiscal válidos como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e

carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. Não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento.

b) Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.

c) Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data de realização do evento.

d) Honorários médicos durante a internação: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal) contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

e) Despesas com internação: nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s).

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

17.5.2 – O reembolso será pago à **CONTRATANTE** ou ao **BENEFICIÁRIO** solicitante em até 15 (quinze) dias da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

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

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

17.7 – Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO titular**, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

18

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

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

18.2 – Mecanismos de regulação – consultas e exames

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

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

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

a) Consultas em consultório médico.

b) Consultas em clínica ou centro médico.

c) Consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

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

18.2.5 – A **AMIL** fará a classificação dos exames de apoio diagnóstico e tratamento ambulatorial em básicos ou especiais e definirá as normas administrativas para sua solicitação de cobertura, objetivando o adequado cumprimento do contrato, na forma autorizada pelo **artigo 1º, §1º da Resolução Consu nº 08/98**.

18.2.5.1 – Esta classificação estará disponível no site **www.amil.com.br**, bem como **Orientador Médico hospitalar, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS**, e o **Guia de Leitura Contratual – GLC**, disponibilizado à **CONTRATANTE**, a partir do início das tratativas para a celebração deste contrato, e continuamente dispensado eletronicamente no aludido site, permitindo que a **CONTRATANTE** possa a todo e qualquer tempo acessar e disponibilizar fisicamente aos seus **BENEFICIÁRIOS**. Independentemente, a **AMIL** possui agências em diversos locais, Central de Atendimento ao Cliente que atua 24 horas, e os agentes/gestores eleitos para o atendimento à **CONTRATANTE**.

18.2.5.2 – A cobertura dos exames e procedimentos terapêuticos especiais necessitará sempre da autorização prévia da **AMIL** para sua realização na rede credenciada **AMIL**. O pedido médico deverá ser encaminhado à **AMIL** que emitirá a resposta acerca da cobertura no prazo de até 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando **caracterizada urgência**.

18.3 – Mecanismos de regulação das internações hospitalares

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

18.3.2 – A **AMIL** cobrirá os custos médico-hospitalares de acordo com a rede credenciada estabelecida no Orientador Médico e nos termos do contrato, podendo fazer o direcionamento para um prestador preferencial.

18.3.3 – Todas as coberturas de internações eletivas e exames de alta complexidade necessitam de autorização da **AMIL**. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente, em formulário específico e disponibilizado pela **AMIL**, ou, quando não credenciado, em receituário, contendo dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

18.3.4 – A cobertura de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizado dentro da rede credenciada para realização de transplante de órgãos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

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

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

II. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **AMIL**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **AMIL**.

18.3.6 – O pedido médico deverá ser encaminhado à **AMIL** que emitirá a resposta acerca da cobertura no prazo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando **caracterizada urgência**.

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

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

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

18.3.8.2 – 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.

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

18.3.10 – Em caso de internação hospitalar, exceto para os casos caracterizados como de urgência e emergência, o **BENEFICIÁRIO**

deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no item anterior, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela **AMIL**.

18.3.11 – Quando da necessidade de utilização de serviços para a cobertura dos quais a **AMIL** não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência, especificamente relacionados no Orientador Médico, a **AMIL** deverá indicar outros credenciados em localidade mais próxima possível.

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

18.3.13 – **Orientações quanto a eventuais dúvidas na cobertura do atendimento médico-hospitalar podem ser obtidas pelo teleatendimento, ou pelo site www.amil.com.br, ou, ainda, pelo Orientador Médico.**

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

18.4 – Mecanismos de regulação – gerenciamento de ações de saúde

18.4.1 – Nos planos AMIL Referência, BLUE 200, BLUE 300, BLUE 400, BLUE 500, BLUE 600, BLUE 700, MEDIAL 100, MEDIAL 200, MEDIAL 300, MEDIAL 400, MEDIAL 500, MEDIAL 600, MEDIAL 700 as **condições médicas a seguir somente terão cobertura para o atendimento se este for realizado por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, não havendo direito a reembolso ou cobertura para procedimentos que não obedeçam a esta regra:**

- a)** Transplantes de órgãos cobertos – rim, córnea e de medula.
- b)** Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida (gastroplastia redutora, gastroenteroanastomoses e outras) e dermolipectomia.

- c) Tratamento de quimioterapia e radioterapia.
- d) Implante de marca-passo definitivo.
- e) Inserção de DIU (dispositivo intrauterino).
- f) Tratamento cirúrgico de esterilização voluntária para fins de planejamento familiar – laqueadura tubária e vasectomia.
- g) Cirurgia de ablação de feixe de His (arritmia cardíaca).
- h) Cirurgias ortopédicas, cardiovasculares, neurológicas e otorrinolaringológicas que necessitem de próteses, órteses ou material de fixação.
- i) Cirurgia oftalmológica refrativa.
- j) Acupuntura.
- k) Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:

Grupo Diagnóstico	CID
Doenças do aparelho cardiocirculatório	I 10 - I 52
Diabete melito	E 10 - E 14
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J 40 - J 47
Tratamento dialítico em insuficiência renal	N 17 - N 19
Doenças relacionadas ao HIV e às suas complicações	B 20 - B 24
Oncologia	C00 - C97 D00 - D09
Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química	F00 - F99

18.5 – Mecanismos de regulação – alterações na rede credenciada

18.5.1 – A **AMIL** poderá proceder à alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. Dúvidas com relação à rede credenciada podem ser sanadas através do **teleatendimento, ou pelo site www.amil.com.br, ou, ainda, pelo Orientador Médico.**

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

18.5.3 – A **AMIL** poderá, também, obtendo autorização da ANS, redimensionar a sua rede mediante a redução da quantidade de hospitais credenciados no referido Orientador Médico.

18.5.4 – Em ocorrendo os descredenciamentos, os **BENEFICIÁRIOS** terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da rede credenciada da **AMIL**, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

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

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

18.6 – Mecanismos de regulação – divergência médica

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

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

18.6.3 – Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, quando não credenciado, sendo que os do terceiro desempataador serão pagos pela **AMIL**, conforme previsto no artigo 4º, parágrafo V, da Resolução Consu nº 08, de 3/11/1998.

18.7 – Mecanismos de regulação – coparticipação e franquia

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

18.7.1.1 – O percentual de coparticipação referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula 11.8.5 deste instrumento contratual.

18.7.2 – Entende-se por franquias, a parte efetivamente paga pela **CONTRATANTE** diretamente aos prestadores, no momento da realização de um determinado procedimento.

18.7.3 – Os valores de coparticipação e franquias, bem como os códigos, a descrição do procedimento, e o grupo de benefícios constam da Tabela de Vendas e estão disponíveis no site www.amil.com.br.

18.7.4 – A coparticipação sofrerá reajuste no mesmo percentual aplicado à contraprestação pecuniária nos moldes do reajuste anual previsto na cláusula 20, que trata de reajuste anual.

19

CLÁUSULA DÉCIMA NONA

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

19.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

Pagamento da contraprestação pecuniária

19.2 – A contraprestação pecuniária (mensalidade) que o **BENEFICIÁRIO titular** pagará à **AMIL**, decorrente deste contrato, será devida por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS dependentes**, inscritos no presente contrato, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado na Proposta Contratual, respectiva, respeitadas as faixas etárias dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos.

19.3 – Caso o **BENEFICIÁRIO** não receba o seu boleto bancário ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **AMIL**.

19.4 – O não recebimento do boleto bancário ou outro instrumento de cobrança não desobriga o **BENEFICIÁRIO** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

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

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

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

19.8 – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da sua atualização monetária, incidindo sobre o débito em atraso.

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

19.10 – É obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **AMIL**, relativamente ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano escolhido e conforme o previsto na Proposta Contratual.

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

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

REAJUSTE ANUAL

20.1 – A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, no aniversário do contrato ou na periodicidade prevista pela legislação vigente, e observará o índice previamente autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou qualquer outro órgão estabelecido pelo governo que vier a sucedê-la, sem prejuízo da variação por faixa etária.

20.1.1 – Na ausência de regulamentação oficial sobre reajuste, será aplicada a seguinte fórmula:

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

Onde:

Ir = Índice de reajuste.

Cons = Variação dos preços das consultas.

Ex = Variação dos preços dos exames.

Proc = Variação dos preços dos procedimentos.

HM = Variação dos preços dos honorários médicos.

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

DT = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares, obtida pela média aritmética do aumento no período, na rede credenciada, que consta dos orientadores médicos **AMIL**.

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

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

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

20.2 – Os valores relativos à coparticipação/franquia sofrerão reajuste em percentual igual ao aplicado à contraprestação pecuniária.

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

21.1 – Havendo a alteração de faixa etária de qualquer **BENEFICIÁRIO** inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com a tabela a seguir, cujo percentual se acrescentará sobre o valor da última mensalidade, observadas as seguintes condições, conforme artigo 3º, incisos I e II da RN nº 63/03:

I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

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

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

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	30%
24 a 28 anos	10%
29 a 33 anos	09%
34 a 38 anos	10%
39 a 43 anos	10%
44 a 48 anos	29,9%
49 a 53 anos	15%
54 a 58 anos	25%
59 ou mais	70,368%

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

22.1 – A exclusão de **BENEFICIÁRIOS dependentes** somente será realizada mediante pedido por escrito do **BENEFICIÁRIO titular**, na data do vencimento da contraprestação pecuniária.

22.2 – O **BENEFICIÁRIO titular** obriga-se à devolução do cartão de identificação destinado ao uso do sistema, pertencente ao(s) **BENEFICIÁRIO(s)** excluído(s), assegurando-se à **AMIL** o direito de cobrar todos os valores correspondentes a eventual uso indevido desse documento.

22.3 – No caso de exclusão do **BENEFICIÁRIO titular**, inclusive por morte, será mantida a assistência aos dependentes já inscritos, nas mesmas condições contratuais, passando o cônjuge **BENEFICIÁRIO** ou o **BENEFICIÁRIO** de maior idade a ser o responsável pelo pagamento das contraprestações pecuniárias.

22.3.1 – Esse direito à manutenção não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

22.4 – Além das hipóteses anteriores, os **BENEFICIÁRIOS titulares** e/ou **dependentes** perderão sua condição nos seguintes casos:

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

22.5 – As exclusões cadastrais implicarão a perda imediata do direito às coberturas contratadas.

RESCISÃO

23.1 – A **AMIL** terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, **consecutivos ou não**, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

23.1.1 – O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no *caput* encontra-se condicionado à inequívoca notificação do devedor até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

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

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

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

23.5 – Considerando que se aplicam subsidiariamente a estes contratos as disposições do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor, entre as quais a boa-fé, a omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE** para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes ou terceiros é reconhecida como violação ao contrato, permitindo à **AMIL** buscar a rescisão do contrato por fraude, bem como indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

23.6 – A **CONTRATANTE** poderá a qualquer tempo extinguir o presente contrato, sem prejuízo de ter ela a obrigação de adimplir as obrigações não cumpridas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA

DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 – Fazem parte do presente contrato seus Anexos e Regulamentos, bem como a Proposta Contratual, a Tabela **AMIL** de Procedimentos, o Orientador Médico com a rede credenciada **AMIL** definida pelo tipo de plano contratado, a Declaração de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Plano – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, Carta de Orientação ao Beneficiário, os recibos de pagamento e o Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que estão disponibilizados no site www.amil.com.br.

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

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

24.3 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pelo **BENEFICIÁRIO titular**, constituindo-se causa para novo plano, sendo que esta mudança só poderá ocorrer na data de aniversário do contrato e na data de vencimento da contraprestação pecuniária, ressalvados os casos de PORTABILIDADE.

24.3.1 – Quando da transferência será contabilizado o tempo de vigência deste contrato, à exceção dos novos benefícios ou da utilização da NOVA REDE CREDENCIADA E NOVA ACOMODAÇÃO, que cumprirão as carências apenas determinadas para as mesmas, previstas no novo plano, conforme previsto na legislação vigente, ressalvados os casos de PORTABILIDADE.

24.3.2 – A transferência somente ocorrerá quando efetuada pelo **BENEFICIÁRIO titular** e incluirá todos os **BENEFICIÁRIOS** do plano anteriormente contratado, ressalvados os casos de PORTABILIDADE.

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

24.5 – Pelas mesmas penas, responderá o **BENEFICIÁRIO**, em caso de extravio dos referidos cartões de identificação, bem como rescisão ou exclusão de **BENEFICIÁRIO** do plano, sem a comunicação imediata e por escrito à **Central de Atendimento AMIL** mediante carta, fax, e-mail, para que esta tome as providências cabíveis.

24.6 – A autorização de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere ao **BENEFICIÁRIO** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **AMIL**.

24.7 – Caso haja a obrigatoriedade de coberturas extracontratuais, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar a **AMIL**, por todo e qualquer valor que esta venha a despendar, incluindo o valor da condenação, das custas, despesas processuais e honorários advocatícios.

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

24.9 – Não é admitida a presunção de que a **AMIL** ou o **BENEFICIÁRIO** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

24.10 – Conforme o disposto pela RDC nº 64, de 10 de abril de 2001, e RN nº 21, de 12 de dezembro de 2002, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, permanecem sob responsabilidade da **AMIL**, através de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse coordenador, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

25

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA

ELEIÇÃO DE FORO

25.1 – Fica eleito o Foro de domicílio do **BENEFICIÁRIO**, para dirimir as questões oriundas do presente contrato.



Contrato Pessoa Física
São Paulo/SP



amil.com.br

Pessoa Física
112A