

Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

PLANO DE SAÚDE
**COLETIVO
POR
ADESÃO**

Regulamentado pela
Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS

Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESÃO

BENEFICIÁRIO

O Beneficiário de plano privado de assistência à saúde **COLETIVO POR ADESÃO** é a pessoa natural, 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 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

OPERADORA

A 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. A Operadora deste plano de saúde é a Amil One, que possui a linha de produto Lincx, que prima por ser um plano de saúde diferenciado e oferece excelência e exclusividade em medicina, atendimento e serviços personalizados.

ENTIDADE

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

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pela Entidade para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário. A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que contratou este plano de saúde **COLETIVO POR ADESÃO** com a Amil One, em convênio com a sua Entidade. A Qualicorp foi pioneira nesse mercado e hoje é a maior Administradora de Benefícios do Brasil, proporcionando acesso à saúde de qualidade e bem-estar a milhões de brasileiros.



Amil:
ANS nº 326305



Qualicorp
Adm. de Benefícios:
ANS nº 417173

Entenda o seu plano de saúde COLETIVO POR ADESÃO

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

Essa modalidade de plano destina-se a atender a 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 Qualicorp é a Administradora de Benefícios responsável por viabilizar esse benefício. Foi ela quem contratou o plano junto à Operadora 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 Qualicorp consegue negociar melhores condições para todos. É a força da coletividade, beneficiando você e sua família.

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,

o plano é contratado pela Administradora, em convênio com a Entidade.



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE O PLANO COLETIVO POR ADESÃO E O PLANO INDIVIDUAL

COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

- É 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 que representa esse beneficiário.
- Também pode ser contratado diretamente por uma Entidade de Classe junto à Operadora, sem a participação da Administradora de Benefícios.
- Em ambos os casos, os beneficiários dos planos coletivos por adesão são as pessoas que mantêm vínculo com a Entidade.
- No caso do plano coletivo por adesão que você adquiriu, o benefício foi contratado por uma Administradora: a Qualicorp.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e estar vinculado a alguma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial que ofereça esse tipo de benefício.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

- Pode ser acordada entre o beneficiário e a Administradora de Benefícios.
- A partir da vigência, será encaminhada a cobrança do valor mensal do benefício contratado, na forma autorizada pelo beneficiário no Contrato de Adesão.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

- 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.

REAJUSTE ANUAL

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.

- A Operadora de Saúde estabelece o reajuste anual com base na variação dos custos médicos e o comunica à Administradora de Benefícios. A Qualicorp Administradora, na condição de representante dos interesses dos beneficiários e das Entidades, negocia com a Operadora o melhor índice possível, visando preservar o equilíbrio econômico do benefício e garantir a qualidade do atendimento. Após isso, a Operadora deve informar o percentual aplicado à ANS.

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

- É contratado diretamente por pessoas físicas junto a uma Operadora de Saúde.
- Quando incluir dependentes, é denominado plano familiar.
- Nesse tipo de contratação, o beneficiário não conta com uma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial na representação e na defesa dos seus direitos.
- Não há o apoio de uma Administradora de Benefícios, como a Qualicorp.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e contratar o plano diretamente com a Operadora de Saúde.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

- Dá-se a partir da assinatura da proposta de adesão.
- Ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

- Nos casos de inadimplência do beneficiário por mais de 60 dias, desde que notificado até o quinquagésimo dia da inadimplência.
- Se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

REAJUSTE ANUAL

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.

- O reajuste anual é definido pela ANS, que autoriza a aplicação do mesmo diretamente pela Operadora de Saúde.

Prezado(a) Beneficiário(a)

Você contratou um plano de assistência à saúde COLETIVO POR ADESÃO, cuja forma de contratação e características obedecem às resoluções e instruções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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. Aqui você encontra todos os seus direitos e obrigações.

Para sua comodidade, verifique no sumário da próxima página as divisões deste Manual por assunto e identifique no(s) anexo(s) qual o plano que você contratou e as suas características específicas.

Seja bem-vindo(a)!

Qualicorp Administradora de Benefícios



3.11.56.01.00006

Sumário

CAPÍTULOS

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios _____pág. 07
02. A contratação coletiva do plano de saúde _____pág. 10
03. Formas de utilização do plano de saúde _____pág. 13
04. Coberturas e procedimentos garantidos _____pág. 17
05. Exclusões de cobertura _____pág. 31
06. Validação prévia de procedimentos _____pág. 34
07. Carências _____pág. 36
08. Cobertura parcial temporária _____pág. 41
09. Reembolso _____pág. 44
10. Alterações cadastrais _____pág. 51
11. Pagamento _____pág. 58
12. Reajustes _____pág. 61
13. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão
ao plano de saúde _____pág. 64
14. Cobertura de saúde adicional: Vacinas _____pág. 71
15. Serviço adicional: Assistência Multiviagem Brasil
e Exterior _____pág. 73
16. Serviço adicional: Amil Resgate Saúde _____pág. 107

Anexos

Anexo I: Plano ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA _ pág. 113

Anexo II: Plano ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA _ pág. 119

Anexo III: Plano LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac PJCA _____ pág. 125

Anexo IV: Plano LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac PJCA _____ pág. 131

Anexo V: Plano Referência PJCA _____ pág. 137

Anotações _____ pág. 143

Use bem, use sempre _____ contracapa

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Amil One.

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA AMIL ONE, AGORA VOCÊ CONTA COM O APOIO DA QUALICORP, ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A PESSOAS JURÍDICAS PARA A VIABILIZAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COLETIVOS POR ADESÃO, À POPULAÇÃO VINCULADA A ELAS.

A Qualicorp idealizou, criou e implantou o projeto de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, projeto que tem como principal objetivo oferecer a 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 e pelo menor preço possível.

Neste caso, a Amil One analisou o projeto, aceitou-o e concordou com a sua implantação, conforme as condições ajustadas no contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, mantido com a Qualicorp, cujas condições contratuais ora estão reproduzidas neste Manual. A Entidade a que está vinculado o beneficiário estudou o projeto, considerou-o plenamente conforme os interesses da população que representa e autorizou a sua implantação.

Este projeto compreende, ainda, dentro de sua ampla concretização, propiciar e conferir aos beneficiários um resultado final, consistente numa assistência eficaz à saúde, com pronto e eficiente atendimento. Para tanto, inserem-se aqui diversos serviços que são inerentes à atividade exercida pela Qualicorp como administradora de benefícios e na qualidade de contratante, conforme normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre esses serviços, estão:

- a. apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela Operadora de planos de saúde e alteração de rede assistencial;
- b. realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde;
- c. movimentação cadastral;
- d. conferência de faturas;

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

- e. cobrança aos beneficiários;
- f. atendimento aos beneficiários para questões administrativas;
- g. distribuição do material da Operadora para os beneficiários.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp que estão à sua disposição, confira os dados a seguir.

CANAIS DE CONTATO COM A QUALICORP:

Centrais de Atendimento por telefone

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

Capitais e regiões metropolitanas: **4004-4400**

Demais regiões: **0800-16-2000**

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 7 às 22h, e aos sábados, das 8 às 16h.

Central de Atendimento para Deficientes Auditivos

0800-014-4800 (Deficientes auditivos)

24 horas, todos os dias.

SAC

Use o SAC para obter informações institucionais sobre a Qualicorp, fazer sugestões, elogios, reclamações ou cancelamentos.

Todo o Brasil: **0800-779-9002**

Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

Central de Atendimento Pessoal*

São Paulo

Rua Dr. Plínio Barreto, 365 – 1.º andar

Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01313-020

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30 (exceto feriados).

**Informe-se também sobre a existência em sua Entidade de Postos de Atendimento da Qualicorp.*

Ouvidoria

www.qualicorp.com.br/ouvidoria

Redes Sociais

www.facebook.com/Qualicorp

Segunda a sexta: 8h às 17h

WhatsApp

(11) 4004-4400

Canal do cliente

www.qualicorp.com.br/canalcliente

24h por dia, 7 dias por semana.

APP

Baixe nosso aplicativo e tenha acesso a Boletos, Demonstrativo de IR, carteirinha e atendimento de um jeito prático.



Baixe nosso aplicativo

Boletos, Demonstrativo de IR, carteirinha e atendimento de um jeito prático.



02.

A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO CELEBRADO COM A AMIL ONE FORAM REDIGIDAS COM A OBSERVÂNCIA DO *CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO* (LEI Nº 10.406/02), DO *CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR* (LEI Nº 8.078/90), DO *ESTATUTO DO IDOSO* (LEI Nº 10.741/03) E COM BASE NA LEI Nº 9.656/98 E NAS NORMAS REGULAMENTARES EDITADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), QUE REGULAMENTAM OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Trata-se de um contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, firmado entre a Qualicorp Administradora de Benefícios e a Amil One e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Amil Assistência Médica Internacional S.A. (ANS n.º 326305)
Administradora de Benefícios/Contratante	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)
Entidade	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a “Proposta”), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a Administradora de Benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.
Beneficiários	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido ao contrato coletivo de plano de saúde.

ATENÇÃO

A contratação do plano de saúde pelos beneficiários é feita através do Contrato de Adesão (a “Proposta”), observadas as regras e condições nele dispostas, que estão reproduzidas e mais bem detalhadas neste Manual.

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

Poderão ser beneficiários titulares todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

no Contrato de Adesão (a “Proposta”), com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido ao contrato coletivo do plano de saúde.

2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Poderão ser beneficiários dependentes os seguintes indivíduos, desde que mantenham uma relação de dependência com o beneficiário titular e desde que tenham sido inscritos por ele no benefício:

- cônjuge ou companheiro(a), desde que se comprove, nesse último caso, a união estável, conforme Lei Civil;
- filho(a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos completos;
- enteado(a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos completos;
- filho(a) inválido(a) de qualquer idade, comprovado por perícia médica;
- menor de idade solteiro(a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.

2.2. VIGÊNCIA DO CONTRATO COLETIVO

O prazo de vigência define o período em que vigorará o contrato coletivo.

O contrato coletivo de plano de saúde celebrado entre a Qualicorp e a Amil One 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, seja pela Amil One ou pela Qualicorp.

2.2.1. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO

O contrato coletivo de plano de saúde celebrado pela Qualicorp com a Amil One poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Amil One ou pela Qualicorp. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a Qualicorp será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 5 (cinco) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

Categoria de plano	Código da ANS
ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA	473.489/15-1
ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA	473.483/15-1
LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac PJCA	467.741/12-2
LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac PJCA	467.740/12-4
Plano Referência PJCA	466.034/11-0

ATENÇÃO

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores credenciados pela Amil One, bem como pela sua segmentação assistencial, acomodação em caso de internação, seus valores de reembolso e acesso à livre escolha de prestadores, mecanismos de regulação, sua disponibilidade de cobertura de saúde adicional e os serviços adicionais. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

TANTO PARA PROCEDIMENTOS ELETIVOS AMBULATORIAIS (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS), PROCEDIMENTOS HOSPITALARES (INTERNAÇÕES CLÍNICAS, CIRÚRGICAS E OBSTÉTRICAS), QUANTO PARA PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, AS FORMAS DE UTILIZAÇÃO VARIAM DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, CONFORME INDICADO A SEGUIR NESTE CAPÍTULO, BEM COMO NO ANEXO REFERENTE À SUA CATEGORIA DE PLANO.

3.1. ATENDIMENTO NA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA

A Amil One coloca à disposição do beneficiário uma rede própria e credenciada de prestadores de serviços médicos, que oferecem atendimento em conformidade com os limites e as condições do plano contratado pelo beneficiário.

Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Salienta-se que, nos casos em que houver a eventual coparticipação financeira do beneficiário em despesas, a cobrança dos valores de coparticipação será feita pela Qualicorp, conforme exposto, a seguir, neste mesmo capítulo.

Veja como agilizar o atendimento:

- consulte a lista de prestadores do seu plano e escolha o prestador de sua conveniência ou necessidade;
- ligue para o prestador e agende a data e o horário do atendimento, exceto nos casos de procedimentos que exijam validação prévia, conforme o capítulo 6 (“Validação prévia de procedimentos”) deste Manual;
- dirija-se ao prestador escolhido, munido de seu documento de identidade (RG) e de seu cartão de identificação da Amil One (veja a seguir). Caso você não esteja de posse de seu cartão, solicite que o atendente entre em contato com a Amil One e peça a validação. No caso de menores que ainda não possuam documento de identidade, deve ser apresentado, com o cartão do menor, um documento de identidade do responsável acompanhante.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

3.1.1. MECANISMO DE REGULAÇÃO

Para alguns planos deste Manual, a Operadora adota o mecanismo de regulação coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para saber os percentuais que serão cobrados para cada procedimento, consulte, neste Manual, o “Anexo” referente à sua categoria de plano.

A T E N Ç Ã O

Os valores de coparticipação poderão ser reajustados.



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A Amil One disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, esse cartão e o documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores credenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual.



ORIENTADOR MÉDICO DOS PLANOS AMIL ONE

A relação de prestadores credenciados é disponibilizada pela Amil One e está dividida em prontos-socorros, maternidades, hospitais gerais, consultórios etc. Por estar sujeita a alterações, é atualizada quando necessário pela Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para consultar prestadores específicos, entre em contato com a Amil One, por meio da Central de Atendimento Beneficiário pelo telefone **0800-021-3663**. Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala devem entrar em contato pelo SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente **0800-021-1001**.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

A lista de prestadores credenciados pode ser consultada também pelo *site* **www.amil.com.br** ou através do aplicativo My One.

3.2. ATENDIMENTO POR LIVRE ESCOLHA COM REEMBOLSO

Além da rede preferencial e credenciada, a Operadora oferece o sistema de livre escolha.

Nesse caso, o beneficiário escolhe profissionais não credenciados para o plano contratado e, posteriormente, solicita o reembolso de despesas médicas efetuadas, que serão ressarcidas, exclusivamente pela Operadora, de acordo com as condições e os limites da categoria do plano contratado. Veja como proceder:

- verifique inicialmente se o procedimento indicado possui cobertura. Depois, escolha o prestador de sua preferência, de acordo com a área de abrangência do seu plano (descrita no respectivo “Anexo” deste Manual), e agende o atendimento;
- após a utilização, pague o prestador e solicite o(s) respectivo(s) comprovante(s) de pagamento do(s) procedimento(s) e/ou serviço(s) realizado(s), discriminadamente;
- reúna o(s) original(is) do(s) comprovante(s) de pagamento e os documentos necessários para o(s) procedimento(s) realizado(s), de acordo com as instruções e informações constantes do capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual;
- tendo reunido os documentos necessários, solicite o reembolso, por meio de uma das opções indicadas no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual.

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

- a. consultas médicas, 24 (vinte e quatro) horas úteis.
- b. exames e terapias, 24 (vinte e quatro) horas úteis.
- c. honorários médicos, 7 (sete) dias úteis.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

d. despesas hospitalares, 7 (sete) dias úteis. Consulte a disponibilidade deste benefício para cada plano nos “Anexos” deste Manual.

ATENÇÃO

A Operadora cobrirá os custos médico-hospitalares de acordo com a rede credenciada estabelecida no Orientador Médico e com as condições do plano contratado pelo beneficiário, podendo também fazer o direcionamento para um prestador preferencial.

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

ESTÃO COBERTOS TODOS OS PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), PARA A SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESTABELECIDADA NO CONTRATO, INDEPENDENTEMENTE DA CIRCUNSTÂNCIA E DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, PARA TODAS AS DOENÇAS DA *CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)*, DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).

4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

- Cobertura de todos os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente a época do evento, que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica.
- A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
- Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.
- Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidente de trabalho.
- Cobertura das ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória,

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que possuam cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/Manual na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), respeitados os critérios de credenciamento ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.

- Cobertura da continuidade do tratamento no caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura parcial temporária (CPT).

A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN n.º 259, de 2011.

O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

4.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

- Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), bem como planejamento familiar.
- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistentes, devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação.
- Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico, devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.
- Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.
- Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.
- Cobertura para os custos dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares.

PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS ESPECIAIS:

- cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).
- cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - a. medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a 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 n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

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

- cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- cobertura dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- cobertura de hemoterapia ambulatorial.
- cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

- Cobertura de internações hospitalares, conforme padrão de acomodação do plano contratado, sem limites de prazos, valores e quantidades, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, na segmentação que inclui previsão obstétrica, relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- 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.

ATENÇÃO

Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do beneficiário, haverá 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.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura dos custos de honorários médicos através de utilização de rede credenciada, de acordo com os termos e condições do contrato.
- Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.
- Cobertura para leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.
- Cobertura com a alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar limitada aos recursos do estabelecimento.
- Cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama utilizando todos os meios e técnicas necessários, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.
- 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.
- Cobertura de próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente e, ANVISA, exclusivamente ligados ao ato cirúrgico, utilizados e necessários à realização do ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se:
 - 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.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

II. em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Amil One, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Operadora.

O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados por parte da Operadora para composição da junta médica.

- 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 e os portadores de necessidades especiais, estes últimos mediante indicação do médico assistente.
- Entende-se por despesas de acompanhante a mesma acomodação do paciente e alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar.
- A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48 (quarenta e oito) horas, podendo estender-se por até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

ATENÇÃO

Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para hospital.

- A cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, de hospital para outro hospital, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, após prévia autorização da Amil One.
- Cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico.
- 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.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- 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.
- Tratando-se de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente avaliarão e justificarão a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

ATENÇÃO

Não estão incluídos na cobertura do contrato coletivo os honorários do cirurgião--dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar.

- Cobertura dos seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:
 - a. hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - b. quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - c. radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - d. hemoterapia;
 - e. nutrição parenteral ou enteral;
 - f. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- g. embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, 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, da ANS, vigente à época do evento;
- k. 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 fornecimento de medicação de manutenção;
- Cobertura de toda e qualquer taxa relacionada ao procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente – ANVISA).
- Cobertura para transplantes de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
 - 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, 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.

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

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- i. as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).
- ii. são competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
 - I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
 - II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- iii. os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN n.º 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura parcial temporária (CPT).
- Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:
 - a. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b. que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, respeitando-se a segmentação do plano contratado.

ATENÇÃO

A cobertura dos custos de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada específica.

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

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- As internações sob o regime de hospital-dia ou de curta permanência dar-se-ão de acordo com a solicitação do médico assistente.
- Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, definida como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, com programas de atenção e cuidados multiprofissionais, visando à substituição da internação convencional de acordo com as Diretrizes de Utilização vigentes publicadas pela ANS.

Entende-se por hospital-dia para transtornos mentais como o recurso, intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos, por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

4.1.3. COBERTURA OBSTÉTRICA

Além de todas as coberturas anteriormente citadas, no item 4.1.2. (“Cobertura hospitalar”), ficam acrescidos os itens a seguir:

- procedimentos relativos ao pré-natal, intercorrências da gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

ATENÇÃO

A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, ocorrerá desde que o beneficiário titular (pai ou mãe ou responsável legal) tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias para situações obstétricas de urgência.

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

Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato,

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

4.1.4. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

- A partir do início de vigência do benefício e respeitadas as carências estabelecidas no contrato, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, instituído pela ANS de acordo com a segmentação do plano contratado.

Urgência é o evento resultante de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

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.

Emergência é o evento que implique risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizada em declaração do médico assistente.

- Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos no contrato, o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- Nos casos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência, observando-se as seguintes peculiaridades:
 - caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e
 - caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:
 - i. deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas;

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

ii. persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;

iii. uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da Operadora; e

iv. em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

- Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura parcial temporária (CPT), o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as 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 (PAC) relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP).
- A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os beneficiários que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e PAC relacionados a DLP, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, a cobertura cessará, passando a responsabilidade financeira, a partir da internação, a ser do beneficiário, não cabendo nenhum ônus à Amil One, garantida a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS. Na remoção, a Operadora disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção quando necessária por indicação médica para outra unidade de atendimento ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.
- Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção do beneficiário para unidade da rede credenciada, quando caracterizada pelo médico assistente

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do beneficiário.

- Se não for possível a remoção, em face de risco iminente de morte do beneficiário e encontrando-se o mesmo em cumprimento de carência, ou não havendo cobertura contratual para o evento, o custeio será de exclusiva responsabilidade do beneficiário, estando a Operadora isenta desses ônus e coberturas.
- 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.
- Na remoção, a Amil One deverá disponibilizar cobertura em ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.
- Tendo a Amil One se disponibilizado a cobrir os custos da remoção para uma unidade do SUS e não havendo o interesse do beneficiário ou seus responsáveis pela remoção ou, após efetivada a remoção, optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em uma unidade diferente da unidade do SUS, a remoção e a consequente internação se darão em caráter particular estando a Amil One isenta de qualquer ônus financeiro.
- Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora desse ônus.
- Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do beneficiário, é garantida a cobertura sem restrições.
- Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
- Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência em unidade credenciada, será garantido o reembolso de acordo com o plano contratado.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Operadora à rede credenciada para o plano do beneficiário.

Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual, bem como os prazos de pagamento e o envio da documentação.

Para saber mais sobre o tipo de reembolso disponível para seu plano, consulte o “Anexo” referente a sua categoria de plano.

05. Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTE PLANO DE SAÚDE AS DESPESAS A SEGUIR RELACIONADAS:*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

- 5.1. Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
- 5.2. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- 5.3. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.4. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental. São experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina; os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem da bula/Manual registrado na ANVISA;
- 5.5. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- 5.6. 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;
- 5.7. Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar;
- 5.8. 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;

05. Exclusões de cobertura

- 5.9. 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;
- 5.10. 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);
- 5.11. Transplantes, exceto os listados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento;
- 5.12. 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;
- 5.13. 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);
- 5.14. 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);
- 5.15. 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;

05. Exclusões de cobertura

- 5.16. Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar;
- 5.17. Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- 5.18. Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- 5.19. Remoção por via aérea, exceto nas condições estabelecidas no capítulo 17 (“Serviço adicional: Amil Resgate Saúde”) deste Manual;
- 5.20. Todos e quaisquer procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

06.

Validação prévia de procedimentos (VPP)

A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS A SEGUIR DEPENDERÁ DE VALIDAÇÃO PRÉVIA DA AMIL ONE, MEDIANTE AVALIAÇÃO DO RELATÓRIO MÉDICO E DE DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

6.1. INTERNAÇÕES

A validação de internações eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas deverá ser solicitada à Amil One, em até 5 (cinco) dias úteis antes da data prevista para a internação.

Nos casos de internações de urgência e/ou emergência, o beneficiário ou seu responsável deverá comunicar a Central de Atendimento Beneficiário da Amil One as razões da internação e a declaração do médico assistente para apreciação, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação.

6.2. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA

Exames de alta complexidade e procedimentos médicos especiais somente serão realizados mediante validação prévia da Amil One. A Operadora definirá, em tabela própria, os exames e procedimentos que necessitam de validação prévia, disponibilizando-a no *site* **www.amil.com.br** ou através da Central de Atendimento Beneficiário da Amil One.

6.3. REMOÇÕES

Todos os casos de remoção deverão ser previamente validados pela Amil One. Para obter a validação e mais informações sobre a cobertura de remoções, entre em contato com a Central de Atendimento Beneficiário da Amil One.

ATENÇÃO

Em caso de dúvida quanto à necessidade de validação prévia para outros exames, tratamentos ou procedimentos, entre em contato com a Central de Atendimento Beneficiário da Amil One.

06.

Validação prévia de procedimentos (VPP)

SAC DA AMIL ONE:

0800-021-3663

Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala devem entrar em contato pelo SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente **0800-021-1001**.

Caso necessite de apoio, entre em contato com a Qualicorp, por meio de canais de atendimento indicados no primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

07. Carências

CARÊNCIAS SÃO OS PERÍODOS NOS QUAIS O BENEFICIÁRIO TITULAR E SEUS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, MESMO QUE EM DIA COM O PAGAMENTO DO BENEFÍCIO, NÃO TERÃO DIREITO A DETERMINADAS COBERTURAS.*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Amil One e a Qualicorp.*

7.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

O beneficiário titular e seus beneficiários dependentes deverão cumprir os prazos de carência indicados na tabela a seguir, e que são contados a partir do início da vigência do benefício.

O cumprimento dos prazos de carência indicados na tabela a seguir só não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem nos casos de redução ou isenção de carências. A propósito desses casos, ver a seguir, neste mesmo capítulo, os itens 7.1.1. (“Redução dos prazos de carência”) e 7.1.2. (“Isenção dos prazos de carência”).

Grupo de benefícios	Carência contratual
Acidentes pessoais. Urgência e emergência.	24 (vinte e quatro) horas
Carência – consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 (trinta) dias
Carência – exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 (trinta) dias

07. Carências

Grupo de benefícios	Carência contratual
Carência – exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados em cláusula contratual, exceto os específicos abaixo: a. exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica; b. exames de ultrassonografia; c. exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética; d. exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia; e. procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos; f. hemodinâmica terapêutica e angioplastias; g. quimioterapia e radioterapia; h. procedimentos para litotripsia; i. videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial; j. artroscopia; k. diálise ou hemodiálise; l. hemoterapia; m. mirurgias em regime <i>day hospital</i> .	180 (cento e oitenta) dias
Internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo.	300 (trezentos) dias

Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência terão sua continuidade assegurada, desde que o pagamento do valor mensal do benefício, até então devido, seja efetuado até a data do respectivo vencimento, conforme descrito no capítulo 11 (“Pagamento”) deste Manual.

É assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

07. Carências

- a. a inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
 - b. a inscrição independe de o parto ter sido coberto pela Operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
 - c. o cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano.
- É assegurada a inclusão do recém-nascido sob guarda ou tutela do responsável legal, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias da tutela ou da guarda.
 - Ao recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias, na forma disposta anteriormente, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela Operadora, será considerado para fins de aplicação de carência, o que segue:
 - a. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou
 - b. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.
 - Não é possível a alegação de Doença ou lesão preexistente (DLP) quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar do nascimento, da guarda, tutela ou adoção. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de Cobertura parcial temporária (CPT).

ATENÇÃO

A inscrição do recém-nascido, na forma disposta anteriormente, pelo dependente do plano, observará as condições de elegibilidade previstas neste Manual.

Inclusão do(a) menor de 12 (doze) anos:

- é assegurada a inclusão menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário, ou sob guarda ou tutela deste e inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção,

07. Carências

guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

- é assegurada a inclusão menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.
- a inscrição do filho menor, nas formas dispostas anteriormente, observarão as condições de elegibilidade previstas neste Manual.
- não é possível a alegação de DLP quando o menor de 12 (doze) anos for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar da guarda, tutela, adoção ou do reconhecimento de paternidade. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de CPT.

Os dependentes que venham a ser incluídos no plano de saúde após os prazos previstos no parágrafo anterior ficarão sujeitos às carências descritas na tabela presente neste capítulo.

7.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa possibilidade se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este plano de saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Amil One no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). Salienta-se que a possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível a essa redução, e que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

Os proponentes que, após a análise e aprovação da Amil One, forem contemplados com prazos de carência reduzidos deverão respeitar os prazos indicados no referido “Aditivo de Redução de Carências”, que são definidos pela Operadora de acordo com a sua política comercial. Os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas no referido aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual.

07. Carências

7.1.2. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, poderá ser concedida a isenção dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual. Salienta-se que essa possibilidade se dará exclusivamente para novos beneficiários que se enquadrem, comprovadamente, nos seguintes casos:

- a. beneficiários que aderirem ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do ingresso da sua Entidade, indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), no contrato coletivo de plano de saúde celebrado entre a Qualicorp e a Amil.
- b. beneficiários que se vincularem à sua Entidade após ter decorrido o prazo referido na letra “A”, acima, e que formalizarem sua proposta de adesão ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data de ingresso da Entidade no referido contrato coletivo.

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

- O proponente deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, que acompanha o Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, ou a qualquer tempo, o conhecimento de Doenças ou lesões preexistentes (DLP) à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.
- O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede credenciada da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de alta complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura parcial temporária (CPT) e reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no benefício, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta complexidade

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

(PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação assistencial contratada, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude.
- Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.
- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.
- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

- Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.
- Consideram-se Doenças ou lesões preexistentes (DLP) aquelas de que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4.º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa 162 (RN 162), e suas posteriores atualizações.

09. Reembolso

REEMBOLSO É O RESSARCIMENTO FEITO PELA AMIL ONE AO BENEFICIÁRIO TITULAR, NAS CONDIÇÕES E LIMITES DO PLANO CONTRATADO, DE DESPESAS COM SERVIÇOS MÉDICOS E/OU HOSPITALARES COBERTOS PELO PLANO DE SAÚDE, SEJAM ELETIVOS E/OU EMERGENCIAIS, EFETUADOS PELO BENEFICIÁRIO TITULAR OU POR SEUS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES FORA DA REDE CREDENCIADA DE PRESTADORES PARA O PLANO CONTRATADO.

9.1. TIPOS E MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Para saber os tipos e os múltiplos de reembolso para cada procedimento, consulte neste Manual, no “Anexo” referente à sua categoria de plano, o item 2 (“Reembolso”).

O valor de reembolso é obtido através da seguinte fórmula: fator multiplicador de reembolso X quantitativo em URAs (Unidade de Reembolso AMIL, expressa na Tabela Amil One de Reembolso) X valoração da URA (Unidade de Reembolso AMIL) e não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário para as respectivas despesas.

9.2. DOCUMENTOS ORIGINAIS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO

Para obter o reembolso de despesas efetuadas fora da rede credenciada pela Amil One para o plano contratado, é necessário apresentar documentos específicos, conforme indicado a seguir.

Consultas Médicas

Recibos ou Notas Fiscais válidas como recibo (quitação da Nota Fiscal), especificando que trata-se de cobrança de consulta e contendo as seguintes informações:

- nome completo do paciente;
- valor cobrado;
- valor do desconto, quando houver;
- assinatura e carimbo do médico;

09. Reembolso

- CPF e/ou CNPJ do médico/clínica;
- CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde);
- CRM (Conselho Regional de Medicina);
- nome legível do médico;
- endereço legível do médico/clínica; e
- data da realização do evento.

ATENÇÃO

Não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento.

Atendimento de pronto-socorro hospitalar

Nota Fiscal válida como recibo (quitação da Nota Fiscal), com a especificação e discriminação do atendimento realizado, contendo as seguintes informações:

- nome completo do paciente;
- valor cobrado;
- valor do desconto, quando houver;
- assinatura do responsável pelo serviço;
- CPF e/ou CNPJ do responsável pelo serviço;
- CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde);
- CRM (Conselho Regional de Medicina) do médico assistente;
- ISS do responsável pelo serviço;
- endereço legível do local de atendimento; e
- data da realização do evento.

09. Reembolso

Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento

Recibos ou Notas Fiscais válidas como recibo (quitação da Nota Fiscal), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, contendo as seguintes informações:

- nome completo do paciente;
- valor cobrado;
- valor do desconto, quando houver;
- assinatura do responsável pelo serviço;
- CPF e/ou CNPJ do responsável pelo serviço;
- CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde);
- CRM (Conselho Regional de Medicina) do médico assistente;
- ISS do responsável pelo serviço;
- endereço legível do local de atendimento; e
- data de realização do evento.

Honorários médicos durante a internação

Recibos ou Notas Fiscais válidas como recibo (quitação da Nota Fiscal) contendo as seguintes informações:

- todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente (nome legível, CPF e/ou CNPJ, CRM e assinatura do médico);
- declaração do tipo de atendimento prestado, vinculada ao laudo médico;
- nome completo do paciente;
- valor cobrado;
- valor do desconto, quando houver;
- CPF e/ou CNPJ do médico assistente;

09. Reembolso

- CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde);
- CRM (Conselho Regional de Medicina) do médico assistente;
- endereço legível do local de atendimento; e
- data da realização do evento.

Despesas com internação

Nota Fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar contendo as seguintes informações:

- nome completo do paciente;
- data de início do evento;
- data da alta hospitalar;
- endereço legível do local de atendimento;
- relação de materiais e medicamentos consumidos;
- relação de exames e taxas;
- relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s), declarando o tipo de atendimento prestado, vinculado ao laudo médico;
- CNPJ;
- CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde);
- CRM (Conselho Regional de Medicina) do médico assistente;
- valor cobrado; e
- valor do desconto, quando houver.

O reembolso das despesas com custos hospitalares de internação está previsto neste Manual, sendo que o valor da conta apresentada para reembolso será submetido à auditoria médica/técnica, podendo ser excluídas todas as despesas extraordinárias à

09. Reembolso

internação, tais como o uso de telefone no quarto, consumo de frigobar, aluguel de filmes e toda e qualquer outra despesa definida como extraordinária pelo hospital.

Terapias cobertas pelo plano de saúde

Recibos ou Notas Fiscais válidas como recibo (quitação da Nota Fiscal), constando as seguintes informações:

- nome completo do paciente;
- data da realização do atendimento;
- descrição dos serviços realizados;
- solicitação do médico assistente, com diagnóstico e CID;
- número de sessões realizadas e modalidade;
- solicitação médica com dados do profissional (nome, CPF, CRM, endereço e telefone);
- valor pago; e
- valor do desconto (quando houver).

ATENÇÃO

Os documentos devem ser apresentados no original.

Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário.

Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, poderão ser solicitadas ao beneficiário essa documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, passando a ser contados novos prazos para pagamento a partir da data de entrega ou complementação da documentação.

A Operadora 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.

09. Reembolso

PRAZO PARA REEMBOLSO

O reembolso será efetuado diretamente ao beneficiário titular, em até 7 (sete) dias úteis da data do recebimento dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

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

- a. consultas médicas, 24 (vinte e quatro) horas úteis.
- b. exames e terapias, 24 (vinte e quatro) horas úteis.
- c. honorários médicos, 7 (sete) dias úteis.
- d. despesas hospitalares, 7 (sete) dias úteis.

A Operadora manterá em seu poder os recibos e Notas Fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.

O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário pelas respectivas despesas.

O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos ou da alta hospitalar.

COMO SOLICITAR REEMBOLSO

Com a Amil One

A solicitação de reembolso poderá ser feita através da Central de Relacionamento Amil One nas Salas One de Atendimento nos principais hospitais ou através do portal One www.amil.com.br

Com a Qualicorp Administradora de Benefícios

A documentação deverá ser recebida pela Qualicorp, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim. A Qualicorp fará a conferência dos documentos necessários para o pedido de reembolso e os enviará para a Amil One.

09. Reembolso

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp disponíveis em sua localidade, veja o primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

ATENÇÃO

Para algumas Entidades, existem regras e locais específicos para a solicitação de reembolso. Informe-se por meio dos canais de atendimento da Qualicorp. Salienta-se que, em todos os casos, a Amil One é a única e exclusiva responsável pela análise, aprovação e pagamento dos valores de reembolso.

10. Alterações cadastrais

PARA REALIZAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSIVE O CANCELAMENTO DA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, O BENEFICIÁRIO TITULAR DEVE OBSERVAR AS ORIENTAÇÕES APRESENTADAS NESTE CAPÍTULO.

10.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

- solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- cópia da Certidão de Casamento;
- cópia do CPF do cônjuge;
- cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

10.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A)*:

- solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- Declaração de União Estável registrada e feita em cartório (documento público), contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);
- cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- na ausência do nome da mãe no RG, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

** Respeitado o conceito de família previsto no artigo 226, parágrafo 3.º da Constituição da República Federativa do Brasil.*

10. Alterações cadastrais

10.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

- solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Caso o(a) recém-nascido(a) seja incluído(a) no plano de saúde após 30 (trinta) dias da data do nascimento, será necessário o preenchimento da Carta de Orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde.

10.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS COMPLETOS:

- solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- cópia do RG (se houver);
- cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de filhos(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

10.5. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) INVÁLIDOS(AS) DE QUALQUER IDADE*:

- solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);

10. Alterações cadastrais

- cópia do RG (se houver);
- cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;
- cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

** Comprovado por perícia médica.*

No caso de filhos(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

10.6. INCLUSÃO DE MENOR SOB GUARDA OU TUTELA DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

- solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- cópia do RG (se houver);
- cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- cópia da tutela ou termo de guarda expedido por órgão oficial;
- Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de menores a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

10. Alterações cadastrais

10.7. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS COMPLETOS:

- solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- cópia do RG do(a) enteado(a) (se houver);
- cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável registrada e feita em cartório (documento público), contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando também a dependência econômica do(a) enteado(a);
- Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de enteados(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

ATENÇÃO

Casos específicos poderão ensejar a solicitação de documentos complementares ou comprobatórios dos direitos outorgados.

10.8. CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S)*:

** A exclusão do(s) beneficiário(s) se dará de acordo com os normativos da legislação em vigor.*

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários e/ou de quaisquer documentos que possibilitem a assistência contratada.

10. Alterações cadastrais

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

10.8.1 O BENEFICIÁRIO TITULAR PODERÁ SOLICITAR O CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S) DIRETAMENTE À ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, PELOS SEGUINTE CANAIS DE ATENDIMENTO:

- pessoalmente; ou
- pela Central de Serviços; ou
- pelo *site*.

ATENÇÃO

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp disponíveis em sua localidade, veja o primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

10.9. ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO ETC.):

- solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- cópia do documento que comprove a alteração.

É de responsabilidade do beneficiário manter seu endereço e números de telefone sempre atualizados.

10.10. ALTERAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS, PARA EFEITO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO VIA DÉBITO AUTOMÁTICO OU PARA RECEBIMENTO DE REEMBOLSO:

- solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular, contendo o nome do correntista (necessariamente o beneficiário titular), números completos do banco, agência e conta-corrente, CPF, endereço e telefones do correntista.

10. Alterações cadastrais

10.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência poderá ser solicitada somente no mês de outubro de cada ano, constituindo-se causa para o novo plano no mês de novembro.

Quando da transferência do beneficiário titular e do(s) seu(s) beneficiário(s) dependente(s) para um plano de categoria superior, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo plano. O beneficiário que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela Amil One para a nova rede credenciada, a nova acomodação em internação e reembolso adquiridos com esta alteração.

A transferência de plano para categoria superior, deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Por exemplo: beneficiários com início de vigência no dia 1 (um) deverão fazer a solicitação de transferência até o dia 11 (onze) de junho, e assim por diante. Desde que a solicitação seja realizada no prazo e as condições descritas neste item 10.11. ("Transferência de plano") sejam atendidas, a transferência passará a vigorar no mês de novembro, no dia correspondente ao início da vigência do benefício do titular.

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

Ressalta-se também que o plano e a acomodação em internação dos beneficiários dependentes sempre serão iguais aos do beneficiário titular.

PRAZO 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 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início da vigência do benefício do titular. Por exemplo:

10. Alterações cadastrais

Início da vigência do benefício (exemplos)	Data-limite da solicitação da alteração*	Vigência da alteração solicitada
Dia 7	Dia 17 do mês anterior	A partir do dia 7 do primeiro mês subsequente à solicitação
Dia 23	Dia 3 do mês corrente	A partir do dia 23 do mês corrente

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para a realização de alterações cadastrais.*

Salienta-se que, caso a solicitação não seja realizada até a data-limite (vinte dias antes do dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular), a alteração não vigorará no prazo previsto na regra acima. Nesse caso, a alteração solicitada terá de aguardar um mês a mais do que o prazo previsto na regra acima para passar a vigorar, o que se fará sempre no dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Salienta-se também que, em todos os casos de alterações cadastrais, prevalecerá a data do efetivo recebimento da solicitação pela Qualicorp.

Excetua-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 ou do casamento, respectivamente. Excetua-se também a solicitação de transferência de plano, cujo prazo próprio consta do item 10.11. (“Transferência de plano”) deste capítulo.

COMO EFETUAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS

A alteração cadastral deve ser solicitada por escrito à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp disponíveis em sua localidade, veja o primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

11. Pagamento

O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO É FIXADO SEGUNDO OS VALORES ESPECÍFICOS DAS FAIXAS ETÁRIAS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, E INCLUI O VALOR REFERENTE À MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE NA AMIL ONE E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

11.1. FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

O pagamento do valor mensal do benefício será efetuado de acordo com a opção indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, a saber:

Forma de pagamento*

Boleto bancário

Débito automático em conta-corrente, nos bancos conveniados ao sistema

O prazo para pagamento do valor mensal é estabelecido em razão da data de ingresso e conforme a opção disponível e indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) pelo beneficiário titular.

Veja abaixo alguns exemplos:

Início da vigência do benefício	Vencimento do valor mensal do benefício*
Dia 1	Dia 1 de cada mês
Dia 17	Dia 17 de cada mês
Dia 28	Dia 28 de cada mês

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para o pagamento do benefício.*

O beneficiário efetuará o pagamento do valor mensal do benefício à Qualicorp, ficando esta última responsável em liquidar a fatura do grupo beneficiário na Amil One. A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

Eventuais valores de coparticipação em despesas serão cobrados, pela Qualicorp, juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao

11. Pagamento

contato coletivo. A cobrança de tais despesas de coparticipação será efetuada assim que a Qualicorp receber, da Operadora, a definição do valor dessas mesmas despesas.

11.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta-corrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições estabelecidas no item 11.4. (“Atraso e inadimplência”), neste mesmo capítulo.

11.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

Para alterar a forma de pagamento, o beneficiário titular deverá solicitar a alteração, por escrito, à Qualicorp, fornecendo todas as informações necessárias (ver o item 10.10. “Alteração de dados bancários, para efeito de pagamento do benefício via débito automático ou para recebimento de reembolso”) e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, “Alterações cadastrais”, deste Manual.

11.4. 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 benefício e eventuais valores de coparticipação, além de juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) sobre o valor total do benefício e eventuais valores de coparticipação.

Além do exposto anteriormente, o atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao benefício, direito esse que poderá ser restabelecido, a critério da Operadora, a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

11. Pagamento

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, 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 contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

Ocorrendo a exclusão do beneficiário por inadimplência, o retorno ao contrato dependerá da comprovação do seu vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) e da quitação dos débitos que provocaram o cancelamento, além de haver a obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais, independentemente do período anterior de permanência do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) no contrato coletivo. No caso de cancelamento do benefício, haverá a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

ATENÇÃO

Em caso de cancelamento do benefício por inadimplência, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês do cancelamento, por se tratar de pagamento prévio.

Salienta-se também que, em caso de cancelamento do benefício, por inadimplência ou por qualquer outro motivo, o beneficiário titular continuará sendo responsável por eventuais despesas de coparticipação que ainda não tenham sido quitadas, desde que elas estejam previstas no contrato coletivo e desde que o evento tenha sido realizado até a data do efetivo cancelamento do benefício. Tais despesas de coparticipação serão cobradas do beneficiário titular, de acordo com a opção de pagamento indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), assim que a Qualicorp receber a definição do valor dessas mesmas despesas.

12. Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) AO REFERIDO 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 One para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Amil One.

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 indicado no item 12.3. (“Reajuste por mudança de faixa etária”) deste Manual.

12.1. REAJUSTE FINANCEIRO

Reajuste conforme variação dos custos médico-hospitalares, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

12.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do benefício. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento médico-hospitalar prestado aos beneficiários e coberto pelo contrato coletivo, tanto o realizado na rede de prestadores credenciados pela Amil One quanto o realizado por prestadores não credenciados (de livre escolha, via reembolso de despesas pagas pelos beneficiários, conforme condições contratuais).

Os valores do benefício serão avaliados periodicamente 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.

12. Reajustes

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.

ATENÇÃO

O índice de sinistralidade está diretamente relacionado à utilização regular e adequada do plano de saúde (veja mais em “Use bem, use sempre”).

12.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Os valores mensais do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) e serão reajustados, automaticamente, no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

Faixa etária	ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA	ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	25,00%	25,00%
De 24 a 28 anos	25,00%	25,00%
De 29 a 33 anos	10,00%	10,00%
De 34 a 38 anos	5,00%	5,00%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	25,00%	25,00%
De 49 a 53 anos	10,00%	10,00%
De 54 a 58 anos	25,00%	25,00%
59 anos ou mais	75,00%	75,00%

Faixa etária	LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac PJCA	LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac PJCA	PLANO REFERÊNCIA PJCA
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	25,00%	25,00%	25,00%
De 24 a 28 anos	25,00%	25,00%	25,00%

12. Reajustes

Faixa etária	LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac PJCA	LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac PJCA	PLANO REFERÊNCIA PJCA
De 29 a 33 anos	10,00%	10,00%	10,00%
De 34 a 38 anos	5,00%	5,00%	5,00%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	25,00%	25,00%	25,00%
De 49 a 53 anos	10,00%	10,00%	10,00%
De 54 a 58 anos	25,00%	25,00%	25,00%
59 anos ou mais	75,00%	75,00%	75,00%

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 no contrato coletivo.

13.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

AS REGRAS PARA A SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO, BEM COMO PARA A EXCLUSÃO DA ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS (TITULAR E/OU DEPENDENTES) E PARA UMA NOVA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, ESTÃO INDICADAS A SEGUIR E OBSERVAM AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

13.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a exclusão de sua própria adesão ao contrato coletivo, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se as regras constantes no item 10.8 (“Cancelamento do Benefício ou Exclusão de Beneficiários(s)”) deste Manual.

13.2. CANCELAMENTO COMPULSÓRIO DA ADESÃO POR PERDA DA ELEGIBILIDADE

No caso da perda da elegibilidade do beneficiário titular durante a vigência do benefício, a Qualicorp notificará o fato ao beneficiário titular, informando o prazo máximo que ele e seu(s) beneficiário(s) dependente(s) terão para permanecer no benefício.

ATENÇÃO

Enquanto o beneficiário titular mantiver vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), o(s) beneficiário(s) dependente(s) gozará(ão) do benefício. A partir do momento em que não houver mais vínculo com a Entidade e o beneficiário titular for desligado do contrato coletivo, o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também será(ão) desligado(s).

13.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

O atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o

13.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

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 mencionados no item 11.4. (“Atraso e inadimplência”), observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

13.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, 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 contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

ATENÇÃO

No caso de cancelamento do benefício por inadimplência, os cartões de identificação do(s) beneficiário(s), seja ele beneficiário titular ou dependente, deverão ser imediatamente devolvidos à Qualicorp, que os inutilizará. Reitera-se também que, neste caso, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês de exclusão ou cancelamento, por se tratar de um benefício contratado sob a modalidade de pagamento prévio.

13.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

As despesas decorrentes de utilização efetuada pelo beneficiário titular e/ou por seu(s) dependente(s) após a suspensão do atendimento ou após o efetivo cancelamento do benefício, por qualquer motivo, serão de total responsabilidade do beneficiário titular, sob pena de configurar-se a utilização indevida, sujeita às penalidades contidas na legislação pertinente.

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela Amil One, serão repassados de forma integral ao beneficiário titular, podendo ser efetuado o débito na

13.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

mesma conta-corrente bancária indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

13.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

Havendo o cancelamento do benefício, os beneficiários excluídos somente poderão postular nova adesão após a eventual regularização da situação que motivou o cancelamento, análise das condições de elegibilidade e quitação de eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

13.7. PERDA DO DIREITO A BENEFÍCIOS E/OU A TODO O PLANO DE SAÚDE

A Amil One, independentemente da adoção de medidas judiciais aplicáveis contra o responsável por eventuais danos que forem causados à Operadora, não efetuará nenhum reembolso ou pagamento com base no benefício contratado e poderá cancelar o benefício, a qualquer tempo, sem que caiba direito a nenhuma indenização, caso haja por parte do beneficiário titular ou do(s) beneficiário(s) dependente(s):

- inexistência, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”) que tenham influenciado na sua aceitação pela Qualicorp ou tampouco na aceitação de qualquer pagamento previsto na Proposta.
- declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declarados na Declaração de Saúde..
- fraude ou dolo.
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Amil One, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- inobservância das obrigações contratuais.

13.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

ATENÇÃO

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Amil One.

14.

**Cobertura de saúde adicional:
Vacinas**

14. Vacinas

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE A SEGUINTE COBERTURA DE SAÚDE ADICIONAL*, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO E EM “ANEXOS” DESTE MANUAL.

** Uma vez cancelado o plano de saúde, a respectiva cobertura de saúde adicional também será cancelada. O valor referente ao serviço adicional já está incluído no valor mensal dos referidos planos.*

14.1. VACINAS

Vacinas, de acordo com o Calendário Oficial do Ministério da Saúde, a ser realizada exclusivamente na rede credenciada Amil One.

15.

**Serviço adicional:
Assistência Multiviagem
Brasil e Exterior**

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.1. DEFINIÇÕES

15.1.1. BENEFICIÁRIO: ENTENDE-SE POR BENEFICIÁRIO A PESSOA FÍSICA RESIDENTE NO BRASIL.

15.1.2. CADASTRO: É O CONJUNTO DE INFORMAÇÕES RELATIVAS AOS BENEFICIÁRIOS, QUE TERÃO DIREITO À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, FORNECIDO E ATUALIZADO PERIODICAMENTE PELA AMIL ONE.

15.1.3. PLANOS: OS BENEFICIÁRIOS SERÃO DIVIDIDOS E CADASTRADOS CONFORME INDICADO ABAIXO:

15.1.3.1. PLANO 3: OS BENEFICIÁRIOS QUE ADERIREM AOS PRODUTOS AMIL ONE E FOREM CADASTRADOS PELA AMIL ONE JUNTO À CENTRAL DE ASSISTÊNCIA.

15.1.4. PRESTADORES: SÃO AS PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS INTEGRANTES DOS CADASTROS E REGISTROS DA CENTRAL DE ASSISTÊNCIA, APTAS A PRESTAR, SOB COORDENAÇÃO DA CENTRAL DE ASSISTÊNCIA, TODOS OS SERVIÇOS PREVISTOS E NECESSÁRIOS AO ATENDIMENTO DOS BENEFICIÁRIOS, NOS MOLDES DESTE CAPÍTULO.

15.1.5. EVENTO: É A URGÊNCIA DECORRENTE DE ACIDENTE OU ENFERMIDADE, DE NATUREZA SÚBITA, INVOLUNTÁRIA E IMPREVISTA QUE POSSA PREJUDICAR A EXPECTATIVA DE VIDA E/OU FUNÇÕES ORGÂNICAS DO BENEFICIÁRIO.

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

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

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.1.6. URGÊNCIA: ABSOLUTA OU RELATIVA:

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

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

15.1.7. DOENÇA: CRÔNICA, DE BASE, AGUDA OU PREEXISTENTE:

15.1.7.1. Crônica: toda enfermidade de que o beneficiário for portador há mais de 30 (trinta) dias.

15.1.7.2. De Base: disfunção de qualquer órgão do beneficiário que necessite de controle clínico e/ou laboratorial periódico.

15.1.7.3. Aguda: doença de início súbito não decorrente de uma doença prévia.

15.1.7.4. Preexistente: estado patológico, pré-diagnosticado ou existente anteriormente à assinatura do Contrato de Adesão (a “Proposta”).

15.1.8. LIMITE: É O CRITÉRIO DE LIMITAÇÃO OU EXCLUSÃO DO DIREITO AOS SERVIÇOS, ESTABELECIDO EM FUNÇÃO DA QUILOMETRAGEM INICIAL OU MÁXIMA; DO TEMPO/ QUANTIDADE MÁXIMA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, DO LIMITE TERRITORIAL, OU AINDA DO VALOR MÁXIMO PREVISTO PARA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME DEFINIDO NESTE CAPÍTULO.

15.1.9. LOCAL DE RESIDÊNCIA: É O ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA OU DOMICÍLIO PERMANENTE DO BENEFICIÁRIO.

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.1.10. EQUIPE MÉDICA: A EQUIPE MÉDICA É COMPOSTA:

Pelo médico indicado da Central de Assistência, seja ele da Central acionada ou da Central de origem do Contrato;

Pelo médico que prestar atendimento no local do evento;

Eventualmente pelo médico Coordenador Geral da Central de Assistência, que detém poder decisório em caso de eventuais divergências.

15.1.11. ATIVIDADE ESPORTIVA: É A PRÁTICA DE TODO E QUALQUER ESPORTE, DEVIDAMENTE RECONHECIDO POR ASSOCIAÇÕES, FEDERAÇÕES OU MESMO COMITÊS (NACIONAIS OU INTERNACIONAIS), COM A UTILIZAÇÃO DE TODOS OS EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA INDICADOS PARA AQUELA PRÁTICA E, QUANDO NECESSÁRIO, COM A DEVIDA HABILITAÇÃO E/OU COM A PRÁTICA MONITORADA/GUIADA POR ESPECIALISTAS, QUE COORDENARÃO A ATIVIDADE E FISCALIZARÃO A UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA.

15.1.12. TRATADO DE SCHENGEN: ACORDO ASSINADO ENTRE PAÍSES DA COMUNIDADE EUROPEIA QUE ESTABELECE, ENTRE OUTRAS DISPOSIÇÕES, A OBRIGATORIEDADE DE QUE TURISTAS QUE ESTEJAM VISITANDO OS PAÍSES SIGNATÁRIOS DESTES TRATADOS COMPROVEM POSSUIR UMA ASSISTÊNCIA EM VIAGEM COM VALOR MÍNIMO DE € 30.000,00 (TRINTA MIL EUROS) PARA O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, POR ACIDENTE OU ENFERMIDADE.

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

15.1.13. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE PARA USO DO BENEFÍCIO: ESTAR ATIVO NO CADASTRO DA OPERADORA, NÃO ESTAR COM PAGAMENTO(S) DO(S) BENEFÍCIO(S) EM ATRASO, OBEDECIDAS AS NORMAS PERTINENTES E AO CONTRATO COLETIVO; NÃO ESTAR EM CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DECORRENTE DE PREEXISTÊNCIA E CONFORME CONSTA DESTES MANUAIS.

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.1.14. VIGÊNCIA: ESTE SERVIÇO VIGORARÁ PELO MESMO PRAZO DO CONTRATO COLETIVO. UMA VEZ CANCELADO O PLANO DE SAÚDE, O RESPECTIVO SERVIÇO ADICIONAL TAMBÉM SERÁ CANCELADO.

15.1.15. CENTRAL DE ASSISTÊNCIA: É A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA INTER PARTNER, QUE FICARÁ RESPONSÁVEL POR RECEBER AS SOLICITAÇÕES DE SERVIÇOS DOS BENEFICIÁRIOS, 365 (TREZENTOS E SESSENTA E CINCO) DIAS POR ANO, 24 (VINTE E QUATRO) HORAS POR DIA, BEM COMO POR ORGANIZAR O SERVIÇO SOLICITADO, MONITORAR A SUA PRESTAÇÃO E EFETUAR O PAGAMENTO AO PRESTADOR DE SERVIÇOS POR ELA NOMEADO.

15.2. OBJETO DO SERVIÇO E VIGÊNCIA

15.2.1. OBJETO DO SERVIÇO

Este serviço adicional tem por objeto prestar os serviços de assistência a seguir descritos aos beneficiários.

Quando em viagem ao exterior, ocorrendo um dos eventos previstos neste capítulo, antes de adotar qualquer medida, o beneficiário obrigatoriamente deverá entrar em contato com a Central de Assistência através de ligação a cobrar para **(5511) 4196-8196**, para solicitar um ou mais Serviços de Assistência Emergencial relacionados no item 15.3. abaixo – “Serviços de Assistência Emergencial”.

Os Serviços de Assistência não Emergenciais relacionados no item 15.4. a seguir – “Serviços não Emergenciais” – poderão ser acionados do exterior pelo telefone acima indicado e também do Brasil, através do sistema de telefone Toll Free de Discagem Direta Gratuita (DDG) **0800-725 2204**.

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

15.2.2. VIGÊNCIA

Os serviços de Assistência Emergencial descritos no item 15.3. (“Serviços de assistência emergencial”) serão prestados aos beneficiários que estiverem em viagem ao exterior por período máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos no plano 3, a contar da data de início da viagem.

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

Os serviços de Assistência não Emergencial descritos no item 15.4. (“Serviços não emergenciais”) serão prestados aos beneficiários enquanto eles estiverem cadastrados na base de dados da Inter Partner.

15.3. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL

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

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

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

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

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

Os serviços de Assistência Emergencial previstos neste item serão prestados aos beneficiários somente quando estes estiverem em viagem ao exterior.

ATENÇÃO

Os serviços descritos nos itens 15.3.1. a 15.3.19. Serão fornecidos exclusivamente no exterior.

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.3.1. ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

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

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

Nessa situação, a Central de Assistência deverá ser comunicada logo que o beneficiário seja internado ou antes da alta hospitalar, para que as despesas de atendimento, referentes ao hospital, sejam arcadas diretamente pela Central de Assistência.

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

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

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

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

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	USD 100.000,00	Sem cobertura

IMPORTANTE:

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

15.3.2. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

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

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	USD 2.000,00	Sem cobertura

15.3.3. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Havendo prescrição de medicamentos originários de um atendimento médico emergencial,

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

decorrente de evento, atendido pela Central de Assistência, o valor deste medicamento será incluído na conta hospitalar.

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

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	USD 1.000,00	Sem cobertura

15.3.4. REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR

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

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

1. que o local onde o beneficiário está internado, segundo critérios exclusivamente médicos, não tem condições técnicas e estruturais para atendê-lo;
2. qual o estado de saúde do beneficiário (descrição clínica detalhada), qual(is) o(s) tratamento(s) e medicamento(s) que vem(êm) sendo aplicado(s) ao beneficiário;
3. qual o meio de transporte recomendado para a remoção inter-hospitalar, podendo

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

ser feita por ambulância, carro, avião comercial ou avião UTI e sua justificativa clínica para tanto;

4. qual o hospital mais próximo com condições de receber o beneficiário e se o beneficiário tem condições clínicas de ser removido até esse hospital.

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

Importante 1: A transferência em avião UTI só será coberta quando:

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

Importante 2: Se o beneficiário for transferido para hospital situado em território brasileiro, caberá ao beneficiário e/ou sua família:

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

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	Ilimitado	Sem cobertura

15.3.5. VISITA AO BENEFICIÁRIO HOSPITALIZADO

Se em consequência de evento o beneficiário desacompanhado permanecer hospitalizado em unidade hospitalar localizada fora do seu município de domicílio, por um período superior a 5 (cinco) dias, e estiver sob a cobertura ajustada no presente, a Central de Assistência irá a seu critério e, conforme a distância e os meios de transporte disponíveis para o local do evento, providenciar uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária, de ida e volta e até 5 (cinco) diárias de hotel, no valor definido como limite para uma pessoa indicada pelo beneficiário para que possa acompanhá-lo.

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

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

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	Passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária e até USD 250,00 por diária de hotel – máximo de 5 (cinco) diárias	Sem cobertura

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.3.6. HOSPEDAGEM EM HOTEL APÓS ALTA HOSPITALAR

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

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

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

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

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

15.3.7. RETORNO AO DOMICÍLIO APÓS ALTA HOSPITALAR

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

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

Neste serviço não será utilizado avião Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

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

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

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

Considera-se alta hospitalar clinicamente justificável para os fins objeto deste contrato coletivo a liberação clínica do beneficiário para retorno a domicílio, desde que devidamente fundamentada a sua indicação pelo médico que está cuidando do paciente, não se responsabilizando a Central de Assistência pelo retorno de beneficiário em outras condições.

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	Ilimitado	Sem cobertura

15.3.8. REPATRIAMENTO MÉDICO EM CASO DE ACIDENTE OU DOENÇA

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

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

médico e/ou de enfermeira, ambulâncias, UTI móvel terrestre, se necessário.

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

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

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

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	Ilimitado	Sem cobertura

15.3.9. TRASLADO/REPATRIAMENTO DE CORPO

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

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

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	Ilimitado	Sem cobertura

15.3.10. TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO DOS ACOMPANHANTES DO BENEFICIÁRIO FALECIDO

No caso de falecimento do beneficiário, a Central de Assistência, após acionada, garantirá a diferença das despesas de transporte ou repatriamento dos acompanhantes do beneficiário, até o limite de 4 (quatro) pessoas, por meio de transporte mais adequado até o local de residência ou o de inumação no Brasil, e desde que não seja possível o retorno dessas pessoas em tempo hábil pelo meio de transporte inicialmente utilizado.

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

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

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	Ilimitado	Sem cobertura

15.3.11. ACOMPANHAMENTO DE MENORES

Em caso de o beneficiário encontrar-se em viagem com criança(s) com idade inferior a 14 (quatorze) anos sob sua responsabilidade e, por razões de acidente ou enfermidade, não possa embarcá-la(s) para que retorne(m) ao município de domicílio, a Central de Assistência cuidará dos seguintes serviços: acompanhamento do(s) menor(es) até o

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

aeroporto, formalidades de embarque, coordenação com a companhia aérea para a condição de “menor desacompanhado”, informação aos pais ou parentes dos dados referentes ao retorno.

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	Disponível	Sem cobertura

15.3.12. REGRESSO ANTECIPADO POR FALECIMENTO DE PARENTE DE 1º GRAU OU CÔNJUGE

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

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

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

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	Disponível	Sem cobertura

15.3.13. TRANSPORTE DO BENEFICIÁRIO POR OCORRÊNCIA DE SINISTRO NA RESIDÊNCIA

A Central de Assistência organizará e garantirá o pagamento da diferença de despesas por remarcação de voo do beneficiário em transporte de linha regular até o local de residência, desde que esta esteja desabitada devido à ocorrência de eventos como roubo/furto, com violação de portas/janelas, incêndio ou explosão à residência e se torne inabitável ou com grave risco de que se produzam maiores danos, justificando assim a necessidade de sua presença no local. Esse serviço será devido somente quando o beneficiário comprovar

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

sua impossibilidade de efetuar o retorno pelo meio de transporte que utilizaria tal como utilizado inicialmente em sua viagem ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção em tempo necessário.

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

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

IMPORTANTE 3: O Serviço será fornecido depois da comprovação, pelo beneficiário, que o evento foi devidamente formalizado com autoridades competentes.

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	Disponível	Sem cobertura

15.3.14. ADIANTAMENTO DE FUNDOS PARA ASSISTÊNCIA JURÍDICA

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	USD 20.000,00	Sem cobertura

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.3.15. ADIANTAMENTO DE FUNDOS PARA PAGAMENTO DE FIANÇA

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

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	USD 20.000,00	Sem cobertura

15.3.15. ADIANTAMENTO DE FUNDOS EM CASO DE EXTRAVIO DE BAGAGEM

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

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

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

IMPORTANTE: A liberação deste valor será feita mediante assinatura de Termo de Reconhecimento de Dívida, pelo beneficiário ou seu representante legal, e indicação de um cartão de crédito (com limite suficiente para saldar o valor adiantado) e assinatura de

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

autorização de débito, os quais serão utilizados para devolução do valor caso o beneficiário não restitua o valor à Central de Assistência no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do adiantamento, ao câmbio turismo da data do reembolso.

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

Plano	LIMITE POR EVENTO	
	SEM ATIVIDADE ESPORTIVA	COM ATIVIDADE ESPORTIVA
Plano 3	USD 300,00	Sem cobertura

15.3.16. LOCALIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE BAGAGEM

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

15.3.18. INFORMAÇÕES EM CASO DE PERDA OU ROUBO DE DOCUMENTOS

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

15.3.19. TRANSMISSÃO DE MENSAGENS

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

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.4. SERVIÇOS NÃO EMERGENCIAIS

15.4.1. CONCIERGE (OS SERVIÇOS DESCRITOS NESTE SUBITEM “15.4.1.” SERÃO FORNECIDOS NO BRASIL E NO EXTERIOR)

15.4.1.1. Os serviços de concierge servem para auxiliar o beneficiário na execução de algumas tarefas, disponibilizando uma equipe de profissionais 24 (vinte e quatro) horas por dia para realizar a busca das informações solicitadas. Por esta razão a Central de Assistência não se responsabilizará por eventuais solicitações feitas diretamente pelo beneficiário, sem sua prévia autorização ou participação. Para atendimentos das solicitações, a equipe de concierge empenhará os melhores esforços para apresentar ao beneficiário os melhores fornecedores, para que este possa escolher aquele que melhor atender sua expectativa.

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

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

15.4.1.2. Assessoria empresarial

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

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

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

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

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.4.1.3. Assessoria cultural e turística

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

INFORMAÇÕES DE VIAGENS

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

Números de telefones de Embaixadas e Consulados brasileiros;
informações meteorológicas;

Condições do trânsito e mapas;

Informações sobre o país e suas principais cidades.

INFORMAÇÕES DE EVENTOS

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

Informações sobre eventos esportivos;

Informações sobre locais para a prática de esportes.

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

Reserva e Compra de Ingressos;

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

Reservas em restaurantes, bares e casas noturnas.

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

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

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

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

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

RESERVA EM RESTAURANTES DO BRASIL E DO EXTERIOR

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

LOCAÇÕES

Veículos de passeio, luxo, esportivos e especiais;

Limusines;

Imóveis de temporada, *flats*, castelos, ilhas;

Helicópteros, embarcações, aviões.

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

COMPRA E ENVIO DE PRESENTES

Envio de flores, balões, cestas;

Envio de bebidas finas, caixas de chocolate;

Presentes tradicionais e originais;

Organização de serenata, serestas;

Telegrama animado, telemensagens, chuvas de pétalas.

15.4.1.4. Assessoria para viagens

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

assistência para viagens

reservas de hotel;

reservas e confirmação de voos;

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

indicação de agências e/ou operadoras de viagens.

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.4.1.5. Envio de documentos

DOCUMENTOS PESSOAIS

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

Limite de peso do documento: até 1 (um) quilograma, dentro das exigências de postagem.

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

DOCUMENTOS EMPRESARIAIS

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

Limite de peso do documento: até 1 (um) quilograma, dentro das exigências de postagem.

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

15.4.2. SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA (SERVIÇOS DESCRITOS NESTE SUBITEM “15.4.2.” SERÃO PRESTADOS SOMENTE NO BRASIL)

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

15.4.2.1. Descrição do serviço

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

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

Compilação de histórico clínico e exames complementares;

A Central de Assistência, em comum acordo com o médico assistente do beneficiário, selecionará um consultor nacional ou internacional especialista naquela determinada patologia;

Formulação do pedido de Segunda Opinião Médica nos idiomas português, espanhol ou inglês;

Prosseguimento da consulta e informação ao beneficiário mediante qualquer requerimento;

Recepção da resposta, tradução da mesma para o português, se necessário, formulação de novas perguntas ou reiteração de perguntas não respondidas satisfatoriamente, caso seja necessário;

Adição de bibliografia complementar;

Entrega ao beneficiário das respostas devidamente traduzidas com sua bibliografia correspondente.

15.4.2.2. Serviços adicionais

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

Solicitações de vaga de leito no exterior mediante eventuais derivações;

Alternativas terapêuticas para determinadas patologias mais complexas.

Importante: Este serviço será organizado pela Central de Assistência e os custos serão de inteira responsabilidade do beneficiário.

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

informação sobre o diagnóstico inicial;

instituição ou profissional designado para prestar a Segunda Opinião Médica;

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

cópia da informação da Segunda Opinião Médica recebida;

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

EXEMPLOS DE CENTROS DE EXCELÊNCIA	
Alliance International Medical Service	África do Sul/Johanesburgo
Klinikum Rechts der Isar	Alemanha /Munique
HSPT Aleman	Argentina/Buenos Aires
St. Luke's Hospital	Austrália/Sydney
Jewish Hospital	Canadá/Montreal
Clinica Alemana	Chile/Santiago
Shangai Huadong Hospital	China/Xangai
Clinica Sagrada Família	Espanha/Barcelona
Clínica San Camilo	Espanha/Madrid
Brigham and Women's Hospital	EUA
Cedars-Sinai Medical Center	EUA
Children's Memorial Hospital	EUA
Cleveland Clinic	EUA
Duke University Medical Center, Durham, N.C.	EUA
Georgetown Medical Center	EUA
Johns Hopkins Hospital, Baltimore	EUA
Loyola University	EUA
MD Anderson Cancer Center	EUA
New York Presbyterian Hospital	EUA
Stanford University Hospital, Stanford, Calif.	EUA
University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City	EUA
University of Chicago Hospitals	EUA
University of Washington Medical Center, Seattle	EUA
Vanderbilt University Medical	EUA
Massachusetts General Hospital	EUA/Boston

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

EXEMPLOS DE CENTROS DE EXCELÊNCIA	
Northwestern Memorial Hospital	EUA/Chicago
Albert Einstein Medical Center	EUA /Filadélfia
UCLA Medical Center	EUA/Los Angeles
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center	EUA/Nova York
University of California, San Francisco, Medical Center	EUA/San Francisco
Barnes-Jewish Hospital	EUA/St. Louis
Hospital Americain	França/Paris
Saint Peter HSPT	Itália/Roma
Hospital Español	México/Cidade do México
Mercy Hospital	Nova Zelândia/Auckland
Hospital Cruz Vermelha Portuguesa	Portugal/Lisboa

15.5. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL (REFERENTE AOS SERVIÇOS DESCRITOS NOS SUBITENS 15.3.1. A 15.3.19.)

15.5.1. ESTÃO LIMITADOS OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL NOS SEGUINTES CASOS:

a. os serviços de assistência serão disponibilizados aos beneficiários, durante o período de vigência contratado, desde que estejam em viagem em um dos países descritos no Âmbito Territorial.

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

b. o beneficiário somente poderá utilizar-se dos serviços de assistência com a prévia autorização da Central de Assistência;

c. os Serviços de Assistência não se aplicarão às complicações que venham a ocorrer durante a viagem do beneficiário, decorrentes de qualquer inobservância de prescrição médica;

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

d. os serviços de assistência não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte do beneficiário ou outro que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Assistência (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, número do cartão, e outros que se tornarem necessários);

e. em situações que o Departamento Médico da Central de Assistência não conseguir obter laudos médicos de forma satisfatória, caberá ao beneficiário obtê-los diretamente do médico que o trata e/ou do Hospital no qual encontra-se internado; vale lembrar que o poder de obtenção de laudos é direito do beneficiário, e a Central de Assistência não pagará por qualquer tipo de laudo e/ou tradução de línguas não universais. Caso não haja tal colaboração, o beneficiário perderá o direito de atendimento/cobertura;

f. os serviços de assistência jurídica não serão prestados e isentam a Central de Assistência em Viagem de qualquer responsabilidade, quando o beneficiário deixar injustificadamente de comparecer às audiências ou de qualquer forma não colaborar para o normal andamento do processo, bem como se ausentar sem informar a forma pela qual possa ser encontrado;

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

15.5.2. ESTÃO EXCLUÍDAS AS PRESTAÇÕES DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL:

15.5.2.1. De caráter geral:

a. eventos decorrentes de fenômenos da natureza de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, furacões, maremotos e queda de meteoritos, desde que a Central de Assistência fique impossibilitada de prestar os serviços de assistência emergencial.

b. eventos decorrentes de explosão, liberação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas.

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

c. ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves, decretação de estado de calamidade pública, detenção por parte de autoridade em decorrência de delito que não seja um acidente, salvo se o beneficiário provar que a ocorrência não tem relação com os referidos eventos.

d. eventos decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de guerra.

15.5.2.2. Em relação às pessoas:

a. restituição de despesas efetuadas diretamente pelo beneficiário ou por quem fez o pagamento em nome deste;

b. solicitação de assistência de caráter não emergencial, para qualquer serviço e especificamente para os médicos, tais como:

- controle clínico e/ou laboratorial e/ou radiológico ou doenças pré-diagnosticadas ou existentes anteriormente à data de viagem, bem como continuação de tratamentos iniciados no Brasil; atos médicos eletivos, explorações clínicas e/ou cirúrgicas de doenças crônicas ou doenças de base.

c. infecções, enfermidades, lesões ou processos resultantes de ação criminal e/ou de tentativa de suicídio perpetrada direta ou indiretamente pelo beneficiário;

d. ocorrências havidas durante o voo e conexões para cidade de destino ou no voo e conexões durante o voo de retorno para a cidade de origem;

e. atendimentos médicos que não guardem a devida correspondência aos sintomas relatados à Central de Assistência e retorno para reavaliações ambulatoriais;

f. tratamento de moléstias, estado patológico ou qualquer tipo de ocorrência que venha gerar solicitação por parte do beneficiário dos serviços da Central de Emergência, que sejam provocados pela ingestão intencional de drogas, narcóticos, abuso de bebidas alcoólicas, ou pelo uso de remédios sem receita médica, mesmo que anterior à data do embarque;

g. tratamento de moléstias, estado patológico ou qualquer tipo de ocorrência que venha gerar solicitação por parte do beneficiário dos serviços da Central de

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

Emergência, que sejam decorrentes de acidente de trânsito, onde restar comprovada a ingestão de drogas, narcóticos, bebidas alcoólicas, ou uso de remédios sem receita médica, pelo beneficiário, ou o condutor do veículo acidentado;

h. quadros que envolvam patologia de origem psiquiátrica e psicológica;

i. problemas de gravidez após o 6.º mês de gestação, exames de pré-natal e o parto; problemas de gravidez antes do 6.º mês, em gestações consideradas de risco pelos exames pré-natais (clínicos e paraclínicos). Problemas ocasionados por interrupção voluntária de gravidez e/ou complicações decorrentes desta;

j. ortodontia, lentes, órteses, próteses e acessórios em geral;

k. serviços prestados por pessoas que tenham grau de parentesco ou amizade com o beneficiário, salvo quando previamente autorizados pela Empresa Prestadora de Serviços;

l. remoções médicas em avião UTI quando o paciente não estiver internado em centro hospitalar de urgências (UTI, Pronto-Socorro), ainda que tenha passado por consulta médica ou tratamento durante a viagem;

m. remoções médicas de pacientes que tenham tido alta hospitalar;

n. remoções médicas que já tiverem sido iniciadas sem a prévia discussão do caso com o Departamento Médico da Empresa Prestadora de Serviços;

o. remoções médicas intercontinentais em avião UTI;

p. consultas, atendimentos ou exames médicos que não se relacionem à queixa apresentada à Central de Assistência pelo beneficiário e retorno para reavaliações ambulatoriais;

q. pagamento de despesas médico-hospitalares havidas pelo beneficiário em território brasileiro;

r. práticas não reconhecidas como medicina tradicional no local da viagem;

s. acidentes ocorridos em viagens em veículos em condições impróprias ao transporte de passageiros;

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

t. acidentes e/ou enfermidades decorrentes da participação em qualquer tipo de prática esportiva como e não se limitando a (esportes de combate [todos os tipos de luta, inclusive Capoeira], alpinismo, caça, acidentes decorrente de todo tipo de mergulho, espeleologia, esportes praticados com veículos aéreos, terrestres e aquáticos e respectivos treinos preparatórios, balonismo, motociclismo, asa-delta, paraquedismo, *surf*, *windsurfe*, *paraglyder*, *kart* e esqui na neve e aquático etc.) ou participar de apostas como “rachas” ou acidentes decorrentes do uso de armas (Exclusão válida para o plano 3);

u. prática de atividade que não seja considerada esportiva por associações, federações ou mesmo comitês ou executada sem a utilização dos equipamentos de segurança, habilitação ou demais cuidados necessários (Exclusão válida para o plano 3);

v. acidentes e/ou enfermidades decorrentes da participação de apostas como “rachas” ou acidentes decorrentes do uso de armas (Exclusão válida para o plano 3);

w. doenças para as quais a vacinação é sabidamente recomendada para o local de destino;

x. acidente ou Doença do Trabalho;

y. intervenções ou tratamentos de ordem estética;

z. eventos ocorridos em cruzeiros marítimos, durante o período de navegação.

aa. gastos assumidos pelo beneficiário consequentes à inobservância das orientações do médico responsável e/ou do Departamento Médico da Central de Assistência, salvo exceções com justificativas cabíveis, que serão analisadas pelo Departamento Médico da Central de Assistência.

bb. no caso de traslado de corpo, estão excluídas despesas relativas ao funeral, sepultamento e jazigo.

15.6. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DOS SERVIÇOS DE CONCIERGE (REFERENTE AOS SERVIÇOS DESCRITOS NOS ITENS 15.4.1.1. A 15.4.1.5.)

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.6.1. DE CARÁTER GERAL:

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

15.6.2. EXCLUSÕES ESPECÍFICAS PARA O SERVIÇO DE CONCIERGE:

- a. prestações de serviços não decorrentes das instruções e solicitações da Central de Assistência ou que tenham sido solicitadas diretamente ou indiretamente pelos beneficiários como antecipação, extensão ou realização do serviço.
- b. qualquer tipo de despesa proveniente das solicitações do beneficiário ou de seu representante.
- c. a Central de Assistência não se responsabilizará pelos serviços e produtos adquiridos pelo beneficiário.

15.7. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES RELATIVAS AO SERVIÇO DE SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA (REFERENTE AOS SERVIÇOS DESCRITOS NOS ITENS 15.4.2.1. E 15.4.2.2.)

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

15.7.1. DE CARÁTER GERAL:

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

15.7.2. ESTÃO LIMITADOS OS SERVIÇOS DE SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA NOS SEGUINTE CASOS:

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

15.7.3. ESTÃO EXCLUÍDOS DOS SERVIÇOS DE SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA OS SEGUINTE CASOS:

- a). custos decorrentes de consultas, exames, viagens, hospedagens ou quaisquer outros não previstos nos serviços objeto deste contrato coletivo;
- b. prescrição de medicamentos;
- c. restituição de despesas efetuadas diretamente pelo beneficiário;

15.

Assistência Multiviagem Brasil e Exterior

- d. contato direto do beneficiário com o médico opinante;
- e. informações por telefone referente ao parecer da Segunda Opinião Médica;
- f. qualquer envio e/ou manipulação de material biológico;
- g. análise de condutas de outros médicos (auditorias) ou solicitações jurídicas (perícias);
- h. solicitações de Segunda Opinião Médica de ordem estética.

15.8. OBRIGAÇÕES GERAIS DO BENEFICIÁRIO

15.8.1. DO ADIANTAMENTO DE VALORES

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

16.

**Serviço adicional:
Amil Resgate Saúde**

16. Amil Resgate Saúde

16.1. OBJETO

16.1.1. O PRESENTE TERMO TEM POR OBJETO REGULAR A COBERTURA DOS CUSTOS, NO BRASIL, DE DESPESAS RELATIVAS AO RESGATE TERRESTRE, AÉREO OU AEROTERRESTRE DE BENEFICIÁRIOS INCLUÍDOS NO AMIL RESGATE SAÚDE. NÃO HAVERÁ NENHUMA COBERTURA OU REEMBOLSO DE DESPESAS NO EXTERIOR.

16.1.2. PARA FINS DESTE BENEFÍCIO, O RESGATE TERRESTRE, AÉREO OU AERO-TERRESTRE É O TRANSLADO DE HOSPITAL PARA HOSPITAL NO BRASIL, REALIZADO POR SERVIÇOS CREDENCIADOS DA AMIL ONE, ATRAVÉS DA COMBINAÇÃO DE TRANSPORTE POR AMBULÂNCIA E/OU HELICÓPTERO E/OU AVIÃO, DE PACIENTE EM ESTADO GRAVE, QUE APRESENTE QUALQUER UMA DAS CONDIÇÕES PATOLÓGICAS DESCRITAS NO ITEM 16.2.4. VEJA QUE, SE O HOSPITAL PARA O QUAL TENHA SIDO TRANSFERIDO O PACIENTE NÃO FOR UM HOSPITAL SUJEITO À COBERTURA OU REEMBOLSO PELA AMIL ONE – EM RAZÃO DO PLANO DO PACIENTE –, O PACIENTE SERÁ O ÚNICO RESPONSÁVEL PELOS CUSTOS NO REFERIDO HOSPITAL.

16.1.3. RESSALTA-SE AINDA QUE O RESGATE AÉREO NÃO POSSUI CARÁTER IMEDIATO, OU DE URGÊNCIA, OU DE EMERGÊNCIA, ISTO É, DEPENDE DE PROGRAMAÇÃO PRÉVIA E ESTÁ SUJEITO A LIMITAÇÕES DE CUNHO MÉDICO, TAIS QUAIS FALTA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS APRESENTADAS PELO PACIENTE PARA A REMOÇÃO, E TAMBÉM LIMITAÇÕES NÃO MÉDICAS: CONDIÇÕES CLIMÁTICAS ADVERSAS, SITUAÇÃO TÁTICA OU ESTRATÉGICA QUE IMPEÇA OUTRAS REMOÇÕES CONCOMITANTES, CONFORME ELENCAO NOS ITENS 16.2.4. E 16.2.5. DESTE MANUAL.

16.2. DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA COBERTURA

16.2.1. O AMIL RESGATE SAÚDE NÃO COBRE QUALQUER DESPESA RELATIVA À INTERNAÇÃO HOSPITALAR OU ATENDIMENTO MÉDICO DIVERSO DO RESGATE. ASSIM, AS DESPESAS COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR E DEMAIS DESPESAS MÉDICAS, SEJA NO HOSPITAL DE ORIGEM, SEJA NO HOSPITAL DE DESTINO, SOMENTE SERÃO COBERTAS PELA AMIL ONE SE O BENEFICIÁRIO TIVER DIREITO NOS TERMOS DO CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, QUE POSSUI ESTE SERVIÇO ADICIONAL, DE ACORDO COM A REDE CREDENCIADA ESPECÍFICA DO PLANO CONTRATADO.

16. Amil Resgate Saúde

16.2.2. SOMENTE TERÃO COBERTURA DE CUSTOS POR ESTE BENEFÍCIO AS DESPESAS RELATIVAS AOS RESGATES TERRESTRE, AÉREO OU AEROTERRESTRE DE UM HOSPITAL QUALQUER NO BRASIL PARA UM HOSPITAL QUALQUER NO BRASIL, REALIZADOS POR SERVIÇOS CREDENCIADOS DA AMIL ONE, ATRAVÉS DA COMBINAÇÃO DE TRANSPORTE POR AMBULÂNCIA E/OU HELICÓPTERO E/OU AVIÃO (NA FORMA DO PREVISTO NO ITEM 16.2.3) DE PACIENTE EM ESTADO GRAVE, QUE APRESENTE QUALQUER UMA DAS CONDIÇÕES PATOLÓGICAS DESCRITAS NO ITEM 16.2.4.

16.2.3. FICA CERTO DESDE LOGO QUE:

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

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

16.2.4. É UMA DAS CONDIÇÕES ESSENCIAIS PARA A COBERTURA DOS CUSTOS PREVISTA NO AMIL RESGATE SAÚDE QUE O ESTADO DO BENEFICIÁRIO SEJA GRAVE E QUE ESSE ESTADO DECORRA DE QUALQUER UMA DAS SEGUINTE CONDIÇÕES MÉDICAS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA:

1. infarto agudo do miocárdio, com necessidade de cirurgia de revascularização de urgência ou choque cardiogênico refratário ou arritmia ameaçadora à vida.

16.

Amil Resgate Saúde

2. infarto agudo do miocárdio, com dor mantida e indicação de angioplastia de urgência.
3. aneurisma dissecante de aorta em fase aguda.
4. politraumatismo.
5. trauma cranioencefálico.
6. traumatismo raquimedular na fase aguda inicial.
7. traumatismo de face com distúrbio de ventilação.
8. traumatismo de face com lesão do globo ocular.
9. trauma torácico.
10. traumatismo de grandes vasos sanguíneos.
11. traumatismo abdominal.
12. traumatismo extenso de partes moles.
13. amputação traumática com possibilidade de reimplante.
14. choque traumático.
1. grandes queimaduras.
16. acidentes com eletricidade, com acometimento sistêmico.
17. asfixia por imersão (afogamento).
18. intoxicações exógenas involuntárias.
19. picada de animais peçonhentos.

16.2.5. ASSIM, PARA HAVER A COBERTURA É NECESSÁRIO QUE OCORRAM, AO MESMO TEMPO, TODAS AS HIPÓTESES SEGUINTE:

- a. a remoção deverá ser entre hospitais localizados no Brasil de acordo com a rede credenciada específica do plano contratado (assim, não serão cobertas, entre

16. Amil Resgate Saúde

outras, as despesas com remoção que tenha como ponto de partida ou chegada uma residência ou escritório ou logradouro público, por exemplo);

b. o beneficiário tem que estar em estado grave no entender médico (se o estado não for grave, não haverá cobertura);

c. deve haver autorização médica para o resgate (assim, sendo a remoção um ato médico, se o médico resgatador e o médico do hospital de origem não concordarem com a remoção ou meio desta remoção, essa não poderá ser realizada);

d. a razão da internação deve ser qualquer uma das patologias previstas no item 16.2.4 (se for patologia diversa, também não haverá cobertura);

e. a cobertura deverá ser realizada por serviços credenciados da Amil One (assim, em nenhuma hipótese haverá ressarcimento para os procedimentos de resgate realizados por terceiros não credenciados);

f. a cobertura deverá ser previamente solicitada à Amil One e realizada por aeronaves e ambulâncias integrantes da rede credenciada Amil One; e

g. o uso de ambulância, helicóptero ou avião a jato de pequeno porte dependerá da distância, das condições de pouso e voo e das regras e instruções estabelecidas pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), para tráfego aéreo e pouso de cada tipo de aeronave.

16.2.6. O BENEFÍCIO AMIL RESGATE SAÚDE NÃO COBRE NENHUM CUSTO OU DESPESA COM ACOMPANHANTES DO BENEFICIÁRIO RESGATADO, NEM AS DESPESAS RELATIVAS AO RETORNO DO BENEFICIÁRIO AO LOCAL DO INÍCIO DO RESGATE.

16.3. DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA – CARÊNCIA

16.3.1. O BENEFÍCIO AMIL RESGATE SAÚDE TERÁ VIGÊNCIA POR PRAZO INDETERMINADO, A CONTAR DA ASSINATURA DO CONTRATO COLETIVO, ATÉ QUE SEJA EXTINTO O CONTRATO COLETIVO;

16. Amil Resgate Saúde

16.3.2. FICA CERTO, ENTRETANTO, QUE AS COBERTURAS PREVISTAS NESTE MANUAL ESTÃO SUJEITAS AO CUMPRIMENTO DE PRAZO DE CARÊNCIA DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO, OU SEJA, OS EVENTOS COBERTOS PELO PRESENTE AMIL RESGATE SAÚDE SOMENTE TERÃO COBERTURA 30 (TRINTA) DIAS APÓS A DATA DA ASSINATURA.

Anexo I
Plano ONE LINCX LT3 (Amil One 1000)
Nac QP Copart PJCA

Plano ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 16 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA

1.1.2. Código do plano

473.489/15-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Plano ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

1.6. FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Além da forma de utilização mencionada no capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”), este plano oferece o atendimento por livre escolha com reembolso, conforme condições indicadas a seguir:

1.6.1. ATENDIMENTO POR LIVRE ESCOLHA, COM REEMBOLSO

Além da rede de prestadores credenciados, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não credenciados pela Amil One para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela Amil One, de acordo com as condições e os limites do plano contratado.

Veja como proceder:

- após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;
- reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual);
- munido dos documentos especificados, solicite o reembolso à Amil One por meio dos canais de atendimento constantes no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual ou à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade;

Plano ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA

- o valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Amil One na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

ATENÇÃO

A cobertura dos custos de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada específica.

ATENÇÃO

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o item 2 (“Reembolso”) a seguir e o capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual.

02. REEMBOLSO

2.1. TIPO DE REEMBOLSO

Reembolso para atendimentos eletivos e de urgência ou emergência

Reembolso é o ressarcimento feito pela Amil One ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA:

GRUPO DE BENEFÍCIO	Múltiplos
Consultas	Até 3,5 vezes a Tabela Amil One

Plano ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA

GRUPO DE BENEFÍCIO	Múltiplos
Atendimento de urgência em PS hospitalar	Até 3 vezes a Tabela Amil One
Exames e Procedimentos básicos	Até 2 vezes a Tabela Amil One
Exames e Procedimentos especiais	Até 2 vezes a Tabela Amil One
Honorários médicos cirúrgicos de internação	Até 3 vezes a Tabela Amil One
Honorários médicos clínicos (visita hospitalar em paciente internado)	Até 3 vezes a Tabela Amil One

A Tabela Amil One de Reembolso, contendo o quantitativo em URAs (Unidade de Reembolso Amil) para todos os procedimentos em saúde constantes do rol e cobertos pela operadora, encontra-se à disposição no *site* www.amil.com.br para consulta dos beneficiários.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, a cobrança para cada procedimento se dará de acordo com a tabela a seguir:

Procedimentos	ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA	
	Coparticipação*	Limite por item
Consulta eletiva e clínicas	30%	R\$ 35,00
Consultas hospitalar - PS	30%	R\$ 70,00
Exames básicos	30%	R\$ 70,00
Exames especiais	30%	R\$ 150,00
Procedimentos básicos	30%	R\$ 70,00
Procedimentos especiais	30%	R\$ 150,00

**Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.*

Plano ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA

Procedimentos	ONE LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac QP Copart PJCA	
	Coparticipação*	Limite por item
Psicoterapia	30%	R\$ 35,00
Fonoaudiologia	30%	R\$ 35,00
Fisioterapia	30%	R\$ 35,00
Nutrição	30%	R\$ 35,00
Internação	R\$ 350,00	-

**Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.*

04. COBERTURA DE SAÚDE ADICIONAL

Este plano de saúde **possui** a cobertura de saúde adicional (“Vacinas”) constante no capítulo 14 deste Manual.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Este plano de saúde **possui** os serviços adicionais (“Multiviagem Brasil e Exterior” e “Amil Resgate Saúde”) constantes nos capítulos 15 e 16 deste Manual.

Anexo II
Plano ONE LINCX LT4 (Amil One 2000)
Nac QP Copart PJCA

Plano ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 16 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA

1.1.2. Código do plano

473.483/15-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Plano ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

1.6. FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Além da forma de utilização mencionada no capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”), este plano oferece o atendimento por livre escolha com reembolso, conforme condições indicadas a seguir:

1.6.1. ATENDIMENTO POR LIVRE ESCOLHA, COM REEMBOLSO

Além da rede de prestadores credenciados, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não credenciados pela Amil One para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela Amil One, de acordo com as condições e os limites do plano contratado.

Veja como proceder:

Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;

- pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;
- reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual);
- munido dos documentos especificados, solicite o reembolso à Amil One por meio dos canais de atendimento constantes no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual ou à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade;

Plano ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA

- o valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Amil One na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

ATENÇÃO

A cobertura dos custos de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada específica.

ATENÇÃO

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o item 2 (“Reembolso”) a seguir e o capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual.

02. REEMBOLSO

2.1. TIPO DE REEMBOLSO

Reembolso para atendimentos eletivos e de urgência ou emergência

Reembolso é o ressarcimento feito pela Amil One ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA:

GRUPO DE BENEFÍCIO	Múltiplos
Consultas	Até 4,5 vezes a Tabela Amil One

Plano ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA

GRUPO DE BENEFÍCIO	Múltiplos
Atendimento de urgência em PS hospitalar	Até 4 vezes a Tabela Amil One
Exames e Procedimentos básicos	Até 3 vezes a Tabela Amil One
Exames e Procedimentos especiais	Até 3 vezes a Tabela Amil One
Honorários médicos cirúrgicos de internação	Até 4 vezes a Tabela Amil One
Honorários médicos clínicos (visita hospitalar em paciente internado)	Até 4 vezes a Tabela Amil One

A Tabela Amil One de Reembolso, contendo o quantitativo em URAs (Unidade de Reembolso Amil) para todos os procedimentos em saúde constantes do rol e cobertos pela operadora, encontra-se à disposição no *site* www.amil.com.br para consulta dos beneficiários.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, a cobrança para cada procedimento se dará de acordo com a tabela a seguir:

Procedimentos	Plano ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA	
	Coparticipação*	Limite por item
Consulta eletiva e clínicas	30%	R\$ 35,00
Consultas hospitalar - PS	30%	R\$ 70,00
Exames básicos	30%	R\$ 70,00
Exames especiais	30%	R\$ 150,00
Procedimentos básicos	30%	R\$ 70,00

**Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.*

Plano ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA

Procedimentos	Plano ONE LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac QP Copart PJCA	
	Coparticipação*	Limite por item
Procedimentos especiais	30%	R\$ 150,00
Psicoterapia	30%	R\$ 35,00
Fonoaudiologia	30%	R\$ 35,00
Fisioterapia	30%	R\$ 35,00
Nutrição	30%	R\$ 35,00
Internação	R\$ 400,00	-

**Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.*

04. COBERTURA DE SAÚDE ADICIONAL

Este plano de saúde **possui** as coberturas de saúde adicional (“Vacinas”) constante no capítulo 14 deste Manual.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Este plano de saúde **possui** os serviços adicionais (“Multiviagem Brasil e Exterior” e “Amil Resgate Saúde”) constantes nos capítulos 15 e 16 deste Manual.

Anexo III
Plano LINCX LT3 (Amil One 1000)
Nac PJCA

Plano LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac PJCA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 16 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac PJCA

1.1.2. Código do plano

467.741/12-2

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Plano LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac PJCA

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

1.6. FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Além da forma de utilização mencionada no capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”), este plano oferece o atendimento por livre escolha com reembolso, conforme condições indicadas a seguir:

1.6.1. ATENDIMENTO POR LIVRE ESCOLHA, COM REEMBOLSO

Além da rede de prestadores credenciados, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não credenciados pela Amil One para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela Amil One, de acordo com as condições e os limites do plano contratado.

Veja como proceder:

- após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;
- reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual);
- munido dos documentos especificados, solicite o reembolso à Amil One por meio dos canais de atendimento constantes no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual ou à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade;

Plano LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac PJCA

- o valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Amil One na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

ATENÇÃO

A cobertura dos custos de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada específica.

ATENÇÃO

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o item 2 (“Reembolso”) a seguir e o capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual.

02. REEMBOLSO

2.1. TIPO DE REEMBOLSO

Reembolso para atendimentos eletivos e de urgência ou emergência

Reembolso é o ressarcimento feito pela Amil One ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano LINCX LT3 (Amil One 1000) Nac PJCA:

GRUPO DE BENEFÍCIO	Múltiplos
Consultas	Até 3,5 vezes a Tabela Amil One

Plano LINCX LT3 (Amil One 1000)

Nac PJCA

GRUPO DE BENEFÍCIO	Múltiplos
Atendimento de urgência em PS hospitalar	Até 3 vezes a Tabela Amil One
Exames e Procedimentos básicos	Até 2 vezes a Tabela Amil One
Exames e Procedimentos especiais	Até 2 vezes a Tabela Amil One
Honorários médicos cirúrgicos de internação	Até 3 vezes a Tabela Amil One
Honorários médicos clínicos (visita hospitalar em paciente internado)	Até 3 vezes a Tabela Amil One

A Tabela Amil One de Reembolso, contendo o quantitativo em URAs (Unidade de Reembolso Amil) para todos os procedimentos em saúde constantes do rol e cobertos pela operadora, encontra-se à disposição no *site* www.amil.com.br para consulta dos beneficiários.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano de saúde não possui coparticipação, exceto para internação psiquiátrica.

04. COBERTURA DE SAÚDE ADICIONAL

Este plano de saúde **possui** a cobertura de saúde adicional (“Vacinas”) constante no capítulo 14 deste Manual.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Este plano de saúde **possui** os serviços adicionais (“Multi viagem Brasil e Exterior” e “Amil Resgate Saúde”) constantes nos capítulos 15 e 16 deste Manual.

Anexo IV
Plano LINCX LT4 (Amil One 2000)
Nac PJCA

Plano LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac PJCA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 16 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac PJCA

1.1.2. Código do plano

467.740/12-4

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Plano LINCX LT4 (Amil One 2000)

Nac PJCA

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

1.6. FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Além da forma de utilização mencionada no capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”), este plano oferece o atendimento por livre escolha com reembolso, conforme condições indicadas a seguir:

1.6.1. ATENDIMENTO POR LIVRE ESCOLHA, COM REEMBOLSO

Além da rede de prestadores credenciados, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não credenciados pela Amil One para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela Amil One, de acordo com as condições e os limites do plano contratado.

Veja como proceder:

Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;

- pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;
- reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual);
- munido dos documentos especificados, solicite o reembolso à Amil One por meio dos canais de atendimento constantes no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual ou à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade;

Plano LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac PJCA

- o valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Amil One na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

ATENÇÃO

A cobertura dos custos de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada específica.

ATENÇÃO

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o item 2 (“Reembolso”) a seguir e o capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual.

02. REEMBOLSO

2.1. TIPO DE REEMBOLSO

Reembolso para atendimentos eletivos e de urgência ou emergência

Reembolso é o ressarcimento feito pela Amil One ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede credenciada de prestadores para o plano contratado.

2.2. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano LINCX LT4 (Amil One 2000) Nac PJCA:

GRUPO DE BENEFÍCIO	Múltiplos
Consultas	Até 4,5 vezes a Tabela Amil One

Plano LINCX LT4 (Amil One 2000)

Nac PJCA

GRUPO DE BENEFÍCIO	Múltiplos
Atendimento de urgência em PS hospitalar	Até 4 vezes a Tabela Amil One
Exames e Procedimentos básicos	Até 3 vezes a Tabela Amil One
Exames e Procedimentos especiais	Até 3 vezes a Tabela Amil One
Honorários médicos cirúrgicos de internação	Até 4 vezes a Tabela Amil One
Honorários médicos clínicos (visita hospitalar em paciente internado)	Até 4 vezes a Tabela Amil One

A Tabela Amil One de Reembolso, contendo o quantitativo em URAs (Unidade de Reembolso Amil) para todos os procedimentos em saúde constantes do rol e cobertos pela operadora, encontra-se à disposição no *site* www.amil.com.br para consulta dos beneficiários.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano de saúde não possui coparticipação, exceto para internação psiquiátrica.

04. COBERTURA DE SAÚDE ADICIONAL

Este plano de saúde **possui** as coberturas de saúde adicional (“Vacinas”) constante no capítulo 14 deste Manual.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Este plano de saúde **possui** os serviços adicionais (“Multiviagem Brasil e Exterior” e “Amil Resgate Saúde”) constantes nos capítulos 15 e 16 deste Manual.

Anexo V

Plano Referência PJCA

Plano Referência PJCA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 16 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Plano Referência PJCA

1.1.2. Código do plano

466.034/11-0

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é “Referência”.

Plano Referência PJCA

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

1.6. COBERTURA PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

Além das coberturas previstas no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual, a cobertura assistencial de que trata este plano compreenderá todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei n.º 9.656/98.

Haverá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento em casos de urgência e emergência, definidos abaixo, após o cumprimento da carência de 24 (vinte e quatro) horas, contados do início da vigência do benefício:

Urgência, assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

Emergência, definidos como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizada em declaração do médico assistente.

Para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, fica garantida a cobertura, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do benefício.

Para os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a cobertura é garantida sem limitações.

Nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou

Plano Referência PJCA

Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças ou lesões preexistentes (DLP), a cobertura será prestada por 12 (doze) horas, ou por período inferior, caso haja a necessidade de internação.

No decorrer dos períodos de carência para internação, o atendimento de urgência e emergência será realizado sem limitações.

Haverá garantia de cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta do beneficiário, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. PROGRAMA ESPECIAL DE ATENDIMENTO

Visando elevar a qualidade e a eficácia dos tratamentos, a Amil One criou o Programa Especial de Atendimento, que conta com uma rede de prestadores médico-hospitalares que prestam atendimento especializado para as seguintes especialidades:

- a. cirurgias cardiovasculares;
- b. cirurgias da coluna vertebral;
- c. cirurgias ortopédicas – próteses de substituição de quadril, ombro, joelho e cotovelo;
- d. embolização vascular cerebral;
- e. implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco;
- f. transplantes de córnea, medula e rim;
- g. tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes;
- h. tratamento cirúrgico da refração;
- i. tratamento de quimioterapia e radioterapia;

Plano Referência PJCA

j. terapia renal substitutiva.

2.1.1. Como funciona o programa especial de atendimento

É simples: sempre que o beneficiário for realizar uma consulta ou exame relacionados a um dos grupos diagnósticos descritos no item 1.6. (“Mecanismo de regulação – Programa Especial de Atendimento”), ele deve buscar preferencialmente um prestador médico que faça parte da rede do Programa Especial de Atendimento.

Já nos casos de internação, o direcionamento para a rede do programa é obrigatório, ou seja, sempre que o beneficiário precisar de internação, com ou sem cirurgia, relacionada a um dos grupos diagnósticos descritos no item 1.6. (“Mecanismo de regulação – Programa Especial de Atendimento”) deste “Anexo”, ele deve obrigatoriamente buscar um hospital ou clínica que faça parte da rede do Programa Especial de Atendimento.

2.1.2. Onde encontrar a rede credenciada do programa

A rede credenciada integrante do Programa Especial de Atendimento pode ser consultada no *site* **www.amil.com.br**. É fundamental consultá-la antes de programar qualquer atendimento.

2.2 COPARTICIPAÇÃO

Este plano de saúde não possui coparticipação, exceto para internação psiquiátrica.

03. REEMBOLSO

3.1. TIPO DE REEMBOLSO

Reembolso para atendimentos de urgência ou emergência

Reembolso é o ressarcimento de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo plano de saúde feito pela Amil One ao beneficiário titular nas condições e limites do plano contratado.

Os beneficiários dessa categoria de plano terão direito somente ao reembolso de

Plano Referência PJCA

despesas médico-hospitalares efetuadas com atendimentos de urgência e/ou emergência, dentro da abrangência geográfica contratual e de acordo com o estabelecido na lei nº 9.656/98.

04. COBERTURA DE SAÚDE ADICIONAL

Este plano de saúde **não possui** as coberturas de saúde adicional (“Vacinas”) constante no capítulo 14 deste Manual.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Este plano de saúde **não possui** os serviços adicionais (“Multiviagem Brasil e Exterior” e “Amil Resgate Saúde”) constantes nos capítulos 15 e 16 deste Manual.

USE BEM, USE SEMPRE

Para usar da maneira mais adequada o plano de saúde e preservar a qualidade do benefício, é muito importante que os beneficiários saibam o que é o índice de sinistralidade e tenham sempre em mente algumas orientações básicas.

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 coberto por este contrato coletivo. Por isso, é essencial que todos os beneficiários saibam utilizar o plano de saúde de forma adequada, sem desperdícios.

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

- Dê preferência à rede médica credenciada pela Amil One.
- Após a realização de uma consulta, siga rigorosamente o tratamento e as prescrições do médico.
- É seu direito e dever conferir sempre se todos os procedimentos realizados foram devidamente discriminados.
- 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 One para o seu plano.
- Realize exames conforme solicitação médica. Uma vez solicitados e realizados, sempre retire o resultado de seus exames. Estudos indicam que grande parte dos pacientes não retorna para retirar os resultados e não dá continuidade ao tratamento, causando duplo prejuízo: para si mesmos e para o plano de saúde.
- Após a utilização dos exames, guarde-os com segurança. Tais diagnósticos poderão ser úteis também no futuro.
- Em caso de sugestões, críticas ou eventuais reclamações, comunique a Amil One ou a Qualicorp.

**Central de Relacionamento
Amil One**

0800-021-3663

Central de Serviços Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Amil:

ANS nº 326305



3.11.56.01.00006

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173

C. mar/2020-00003 | I. mar/2020