

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	▶ OBJETO	1
2	▶ CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS DE REEMBOLSO AMIL	2
3	▶ CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS DE REDE CREDENCIADA AMIL	4
4	▶ CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS	8
5	▶ EXCLUSÕES	10
6	▶ CARÊNCIAS	12
7	▶ DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	13
8	▶ CONSULTA MÉDICA	15
9	▶ ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E/OU EMERGÊNCIAS EM PRONTO-SOCORRO	15
10	▶ EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO AMBULATORIAL	16
11	▶ INTERNAÇÕES HOSPITALARES	20
12	▶ SAÚDE MENTAL	22
13	▶ REEMBOLSO	23
14	▶ PAGAMENTO DE MENSALIDADES E OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE	25
15	▶ VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO CONTRATO E TRANSFERÊNCIA DE PLANOS	27
16	▶ DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO	29
ADITIVOS CONTRATUAIS		
	AMIL RESGATE SAÚDE	31
	AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR	35
	AMIL MEDICAMENTOS	39

O contrato de Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar estabelece a relação entre AMIL – Assistência Médica Internacional Ltda., registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o nº 326.305, daqui por diante denominada AMIL, e a CONTRATANTE, pessoa jurídica, ambas devidamente qualificadas nos termos aditivos, e neste ato devidamente representadas, regendo-se pelas cláusulas a seguir.

1

CLÁUSULA PRIMEIRA

OBJETO

1.1 - O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos ou reembolso, pela AMIL, das despesas correspondentes à assistência médica prestada por terceiros aos beneficiários regularmente cadastrados, **nos limites e condições de cobertura estabelecidos pelo plano escolhido, demais cláusulas deste contrato e seus termos aditivos**, em conformidade com o que determina a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, e as disposições que a regulamentam (o texto da lei, suas modificações e regulamentação podem ser obtidos no *site* da ANS: www.ans.gov.br).

1.1.1 - Para efeito deste contrato, a CONTRATANTE deve incluir na data de início da vigência do mesmo no mínimo 2 (dois) beneficiários titulares e 5 (cinco) beneficiários entre titulares e dependentes, que comprovadamente tenham vínculo empregatício com a CONTRATANTE.

1.2 - Fazem parte do contrato todas as suas ampliações, anexos, aditivos e regulamentos, bem como as Solicitações de Adesão que incluem as Declarações de Saúde dos Beneficiários, a Tabela AMIL de Reembolso, o Rol de Procedimentos Médicos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Orientador Médico com a Rede Credenciada do plano escolhido e os documentos comprovantes de pagamento.

1.2.1 - A Tabela AMIL de Reembolso e o Orientador Médico podem ser consultados em quaisquer Agências da AMIL ou ainda no *site* www.amil.com.br.

1.2.2 - O Rol de Procedimentos Médicos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser obtido no *site* da ANS: www.ans.gov.br. **Este Rol de Procedimentos é atualizado periodicamente pela ANS, e constitui a referência para a cobertura assistencial dos planos de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.**

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

CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS DE REEMBOLSO AMIL

2.1 - Os planos AMIL com Reembolso são aqueles que asseguram a cobertura de custos na Rede Credenciada e reembolso na Rede Não-Credenciada, das despesas com assistência médica na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, ou seja, consultas realizadas em consultório, clínicas e centros médicos; atendimento de urgência e/ou emergência em pronto-socorro hospitalar; exames complementares de apoio diagnóstico; procedimentos terapêuticos ambulatoriais; honorários médicos e custos hospitalares de internação, incluindo obstetrícia e neonatologia.

A escolha do plano deverá ser feita pela CONTRATANTE no momento da assinatura da Solicitação de Adesão, dentre as seguintes opções:

- Plano AMIL 50.101, **com reembolso de até uma (1) vez a Tabela AMIL para consultas e atendimento em pronto-socorro e até duas (2) vezes para honorários médicos de internação**, e cobertura de custos na Rede Credenciada do **Orientador Médico Rede AMIL 50**, abrangência geográfica nacional, acomodação em quarto privativo com acompanhante, **não havendo reembolso para exames, procedimentos ambulatoriais e para os custos hospitalares de internação**;
- Plano AMIL 50.102, **com reembolso de até duas (2) vezes a Tabela AMIL para consultas, atendimento em pronto-socorro e para honorários médicos de internação**, e cobertura de custos na Rede Credenciada do **Orientador Médico Rede AMIL 50**, abrangência geográfica nacional, acomodação quarto privativo com acompanhante, **não havendo reembolso para exames, procedimentos ambulatoriais e para os custos hospitalares de internação**;
- Plano AMIL 60.101, **com reembolso de até três (3) vezes a Tabela AMIL para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames e procedimentos ambulatoriais e até quatro (4) vezes para honorários médicos de internação, com reembolso dos custos hospitalares de internação (nos termos da cláusula 13.2.1)**, e cobertura de custos na Rede Credenciada do **Orientador Médico Rede AMIL 60**, abrangência geográfica nacional, acomodação em quarto privativo com acompanhante;
- Plano AMIL 60.102, **com reembolso de até cinco (5) vezes a Tabela AMIL para consultas, atendimento em pronto-socorro e exames e procedimentos ambulatoriais e até seis (6) vezes para honorários médicos de internação, com reembolso dos custos hospitalares de internação (nos termos da cláusula 13.2.1)**, e cobertura de custos na Rede Credenciada do **Orientador Médico Rede AMIL 60**, abrangência geográfica nacional, acomodação em quarto privativo com acompanhante.

2.2 - Nos planos AMIL com Reembolso, o CONTRATANTE poderá, **em consonância com o plano escolhido**, utilizar os serviços de médicos, os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e os serviços de hospitais da sua livre escolha e também da Rede Credenciada AMIL.

2.2.1 - Fica certo de que se esses serviços forem integrantes da Rede Credenciada do plano escolhido, a AMIL pagará os serviços diretamente ao prestador, por conta e ordem do beneficiário, nos limites e condições do plano contratado. Entretanto, se os serviços não forem integrantes da Rede Credenciada, a AMIL irá reembolsar o beneficiário nos limites e condições do plano escolhido e de acordo com o previsto na cláusula décima terceira.

2.3 - O Orientador Médico lista todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, com os serviços e especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas.

2.4 - O reembolso das despesas é calculado em função dos multiplicadores definidos no plano escolhido – vide quadro, que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela AMIL de Reembolso e obedecerão às normas estabelecidas na cláusula décima terceira.

Grupo de Benefício	AMIL 50-101	AMIL 50-102	AMIL 60-101	AMIL 60-102
Consultas	até 1 vez a tabela AMIL	até 2 vezes a tabela AMIL	até 3 vezes a tabela AMIL	até 5 vezes a tabela AMIL
Atendimento de urgência em pronto-socorro hospitalar	até 1 vez a tabela AMIL	até 2 vezes a tabela AMIL	até 3 vezes a tabela AMIL	até 5 vezes a tabela AMIL
Exames e procedimentos básicos ou especiais de apoio diagnóstico e tratamento	Sem direito a reembolso	Sem direito a reembolso	até 3 vezes a tabela AMIL	até 5 vezes a tabela AMIL
Honorários médicos de internação	até 2 vezes a tabela AMIL	até 2 vezes a tabela AMIL	até 4 vezes a tabela AMIL	até 6 vezes a tabela AMIL
Custos hospitalares de internação	Sem direito a reembolso	Sem direito a reembolso	Sim - vide 13.2.1	Sim - vide 13.2.1

2.4.1 - Para a CONTRATANTE com número de participantes igual ou maior que 50 (cinquenta) poderão ser estabelecidos outros padrões para os multiplicadores de reembolso, definidos em termo aditivo ao presente contrato.

2.5 - A cobertura obstétrica inclui o atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e exames relacionados à gestação, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho do titular ou de qualquer outro beneficiário do contrato, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

2.5.1 - A continuidade da cobertura de atendimento após o 30º (trigésimo) dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato do titular. Tal inclusão somente será aceita se realizada no período de até 30 (trinta) dias após o nascimento.

2.5.2 - A cobertura para o recém-nascido somente se dará se este tiver nascido sob a responsabilidade da AMIL, ou seja, se os custos do parto tiverem sido cobertos pela AMIL. Assim, por exemplo, se o parto tiver sido particular, ou seja, não tiver sido coberto pela Rede Credenciada ou através de reembolso, ou, ainda, se tiver sido coberto por outra operadora, o recém-nascido não terá direito a qualquer cobertura pela AMIL, até ser incluído como beneficiário do plano AMIL, devendo neste caso serem observadas as carências a serem cumpridas pelo recém-nascido.

2.6 - Nos planos AMIL com Reembolso, o CONTRATANTE poderá optar, de modo expresso e através de pagamento adicional, pelos aditivos AMIL Resgate Saúde, AMIL Urgências em Viagens ao Exterior, AMIL Medicamentos, **cujas regras estão expressas em seguida à última cláusula deste contrato.**

2.7 - A opção pelos aditivos somente poderá ser exercida quando da assinatura da Solicitação de Adesão, na data do aniversário do contrato ou em períodos que venham a ser autorizados pela AMIL.

3**CLÁUSULA TERCEIRA****CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS DE REDE CREDENCIADA AMIL**

3.1 - Os planos AMIL de Rede Credenciada asseguram a cobertura de custos das despesas com assistência médica na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, ou seja, consultas realizadas em consultório, clínicas e centros médicos; atendimento de urgência e/ou emergência em pronto-socorro hospitalar; exames complementares de apoio diagnóstico; procedimentos terapêuticos ambulatoriais; honorários médicos e custos hospitalares de internação, incluindo obstetrícia e neonatologia.

A escolha do plano deverá ser feita pelo CONTRATANTE no momento da assinatura da Solicitação de Adesão, dentre as seguintes opções:

- Plano NEXT 1 RJ, **Orientador Médico Rede NEXT 1 RJ**, abrangência geográfica municipal – cidade do Rio de Janeiro, acomodação em **quarto privativo**;
- Plano NEXT 1 RJ, **Orientador Médico Rede NEXT 1 RJ**, abrangência geográfica municipal – cidade do Rio de Janeiro, acomodação em **quarto coletivo**;

- Plano NEXT PLUS RJ, **Orientador Médico Rede NEXT PLUS RJ**, abrangência geográfica municipal – cidade do Rio de Janeiro, acomodação em **quarto privativo**;
- Plano NEXT 2 SP, **Orientador Médico Rede NEXT 2 SP**, abrangência geográfica municipal – cidade de São Paulo, acomodação em **quarto privativo**;
- Plano NEXT 2 SP, **Orientador Médico Rede NEXT 2 SP**, abrangência geográfica municipal – cidade de São Paulo, acomodação em **quarto coletivo**;
- Plano NEXT PLUS SP, **Orientador Médico Rede NEXT PLUS SP**, abrangência geográfica municipal – cidade de São Paulo, acomodação em **quarto privativo**;
- Plano AMIL 15 RJ, **Orientador Médico Rede AMIL 15 RJ**, abrangência geográfica Grupo de Municípios, acomodação em **quarto privativo**;
- Plano AMIL 15 RJ, **Orientador Médico Rede AMIL 15 RJ**, abrangência geográfica Grupo de Municípios, acomodação em **quarto coletivo**;
- Plano AMIL 20, **Orientador Médico Rede AMIL 20**, abrangência geográfica nacional, acomodação em **quarto privativo**;
- Plano AMIL 20, **Orientador Médico Rede AMIL 20**, abrangência geográfica nacional, acomodação em **quarto coletivo**;
- Plano AMIL 30, **Orientador Médico Rede AMIL 30**, abrangência geográfica nacional, acomodação **quarto privativo**;
- Plano AMIL 40, **Orientador Médico Rede AMIL 40**, abrangência geográfica nacional , acomodação **quarto privativo**;
- Plano AMIL Referência, de acordo com os artigos décimo e décimo segundo da Lei 9656, **Orientador Médico Rede AMIL Referência**, com abrangência geográfica Grupo de Municípios, acomodação quarto coletivo.

3.2 - A área geográfica de abrangência de atendimento está em consonância com a classificação estabelecida na RDC nº 4 da ANS, de 18 de fevereiro de 2000, ou outra que vier a sucedê-la, cujo conteúdo pode ser encontrado no *site* da ANS: www.ans.gov.br.

3.2.1 - O atendimento de casos devidamente caracterizados como urgências e/ou emergências em pronto-socorro hospitalar **abrange todo o território nacional**, independentemente da abrangência geográfica de cada plano, observadas as coberturas e limites do plano escolhido e o estabelecido na cláusula décima terceira, que define as normas administrativas para reembolso.

3.2.2 - O Grupo de Municípios da Rede AMIL 15 RJ corresponde aos municípios de Niterói e São Gonçalo, no estado do Rio de Janeiro.

3.2.3 - O Grupo de Municípios da Rede AMIL Referência corresponde aos municípios que constam do Orientador Médico AMIL Referência do estado onde for assinada a Solicitação de Adesão.

3.2.4 - **As áreas de comercialização dos planos NEXT já citadas são somente nos municípios da cidade do Rio de Janeiro e da cidade de São Paulo.**

3.3 - O Orientador Médico lista todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, com os serviços e especialidades a que o CONTRATANTE poderá ter acesso com cobertura pela AMIL, de acordo com sua rede de atendimento.

3.4 - **Nos planos AMIL 15, 20, 30, 40 e Referência, as condições médicas a seguir terão o atendimento realizado por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Atendimento, relacionados nos Orientadores Médicos de cada plano.**

- a) Transplantes de órgãos cobertos – rim e córnea;
- b) Tratamento cirúrgico da refração, para grau maior que 7 (sete);
- c) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida (gastroplastia redutora, gastroenteroanastomoses e outras);
- d) Tratamento de quimio e radioterapia;
- e) Tratamento fisioterápico de reabilitação;
- f) Implante de marcapasso definitivo;
- g) Cirurgia de ablação de feixe de His (arritmia cardíaca);
- h) Cirurgias ortopédicas, cardiovasculares, neurológicas e otorrinolaringológicas que necessitem de próteses, órteses ou material de fixação;

- i) **Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:**

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

3.5 - Em todos os planos o beneficiário terá direito a acompanhante quando for menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos de idade.

3.6 - A cobertura obstétrica inclui o atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e exames relacionados à gestação, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho do titular ou de qualquer outro beneficiário do contrato, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

3.6.1 - A continuidade da cobertura de atendimento após o 30º (trigésimo) dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato do titular. Tal inclusão somente será aceita se realizada no período de até 30 (trinta) dias após o nascimento.

3.6.2 - A cobertura para o recém-nascido somente se dará se este tiver nascido sob a responsabilidade da AMIL, ou seja, se os custos do parto tiverem sido cobertos pela AMIL. Assim, por exemplo, se o parto tiver sido particular, ou seja, não tiver sido coberto pela Rede Credenciada ou através de reembolso ou, ainda, se tiver sido coberto por outra operadora, o recém-nascido não terá direito a qualquer cobertura pela AMIL, até ser incluído como beneficiário do plano AMIL, devendo neste caso serem observadas as carências a cumprir pelo recém-nascido.

3.7 - A CONTRATANTE com número de participantes igual ou maior que 50 (cinquenta) poderá optar pela aplicação dos mecanismos de regulação previstos na legislação vigente - franquias ou co-participação.

3.7.1 - Franquias correspondem a valores pagos pelo usuário, diretamente aos prestadores de serviços, no momento da realização do atendimento, observadas as coberturas previstas no plano escolhido.

3.7.2 - Co-participação corresponde a valores ou percentuais do custo de procedimentos que serão de responsabilidade do beneficiário titular, enquanto houver vínculo empregatício deste com a Contratante. Nos casos

de desligamento do beneficiário titular do plano, a responsabilidade pelo pagamento será da Contratante. O pagamento de co-participação não será efetuado diretamente ao prestador de serviço, cabendo a Contratada cobrar e informar, através de faturas complementares e relatórios, os valores estabelecidos no aditivo ao presente contrato.

3.7.3 - Os valores ou percentuais anteriormente referidos, sua incidência, as formas de apuração e todos os detalhes de sua aplicação serão objeto de aditivo ao presente contrato.

3.8 - Nos planos AMIL de Rede Credenciada, a CONTRATANTE poderá optar, de modo expreso e através de pagamento adicional, pelos aditivos AMIL Resgate Saúde, AMIL Urgências em Viagens ao Exterior e AMIL Medicamentos, cujas regras estão expressas em seguida à última cláusula deste contrato.

3.8.1 - No plano AMIL Referência é vedada a opção por qualquer aditivo.

4**CLÁUSULA QUARTA****CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS**

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

4.2 - São incluídos como beneficiários:

- a) Sócios e diretores, conforme contrato social da CONTRATANTE;
- b) Empregados com vínculo empregatício;
- c) Dependentes diretos dos sócios, diretores e empregados.

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

4.2.2 - São considerados **beneficiários dependentes diretos, com relação ao beneficiário titular e deverão ser incluídos no mesmo plano deste:**

- a) Esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes;
- b) Os filhos(as) solteiros(as) menores de 25 (vinte e cinco) anos.

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

4.3 - Todos os beneficiários, titulares ou dependentes preencherão a Solicitação de Adesão, que inclui a Declaração de Saúde.

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

4.3.2 - A inclusão de novos beneficiários, titular e seus dependentes fora deste prazo, implicará no cumprimento das carências previstas na cláusula sexta.

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

a) Os dependentes, observada a cláusula 3.6 que trata de recém-nascido, somente serão cadastrados no mesmo plano do titular.

b) A AMIL solicitará à CONTRATANTE os documentos comprobatórios de vínculo trabalhista (Carteira Profissional e/ou CAGED, cadastro de inscrição no FGTS), como também os relacionados à comprovação do grau de parentesco dos dependentes.

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

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

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

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

4.5.4 - A **inclusão de dependente somente** será autorizada pela AMIL por ocasião da **inclusão do titular, ou em casos de nascimento, adoção ou casamento**, e desde que no prazo de **30 (trinta) dias da data do evento**.

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

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

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

4.5.8 - No caso de rescisão contratual não será permitida qualquer movimentação cadastral até o efetivo cancelamento do mesmo.

5**CLÁUSULA QUINTA****EXCLUSÕES**

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

- I** - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
- II** - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos e órteses e próteses para fins estéticos, aqui incluído o tratamento da esclerose de varizes com indicação estética;
- III** - Inseminação artificial;
- IV** - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V** - Fornecimento em regime ambulatorial de medicamentos (importados ou não), vacinas (importadas ou não) exceto para dessensibilização, e material de curativo (importado ou não), até mesmo para procedimentos cobertos pela AMIL, como, por exemplo, o de quimioterapia oral. (Alguns exemplos: não há cobertura ou reembolso para curativo feito em farmácia; não há cobertura para Interferon ou Interleucina; não há cobertura para vacinas tomadas em farmácia ou consultório médico.);
- VI** - Fornecimento de materiais e medicamentos anestésicos (importados ou não) e gases medicinais (importados ou não) que não tenham autorização para sua comercialização pelos órgãos governamentais competentes;

- VII - Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar ou ambulatorial;
- VIII - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não-ligados ao ato cirúrgico;
- IX - Procedimentos odontológicos, exceto os procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial;
- X - Tratamentos ilícitos ou antiéticos (assim definidos sob o aspecto médico), ou não-reconhecidos pelas autoridades competentes nem por sociedades médico-científicas brasileiras;
- XI - Eventos médicos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XII - Qualquer outro tipo de transplante, que não o de córnea ou de rim;
- XIII - Internação de caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internação de paciente – idoso ou não – em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa; internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário) e internação com finalidade diagnóstica cujo quadro clínico não a justifique e cujos os testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial sem prejuízo para o contratante;
- XIV - Tratamento de fonoaudiologia e logopedia, exceto com indicação médica relacionada à doença mental;
- XV - Cirurgia de refração com grau bilateral inferior ao definido pela legislação – o grau mínimo hoje definido pela legislação é 7 (sete);
- XVI - Enfermagem em caráter particular;
- XVII - Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar;
- XVIII - Cirurgia para mudança de sexo;
- XIX - Aluguel de equipamentos e aparelhos, a não ser aqueles que sejam necessários durante a internação hospitalar;
- XX - Cirurgia plástica, além de tratamento clínico ou cirúrgico, com finalidade estética ou social. A única hipótese de cirurgia plástica coberta é a prevista na Lei 10.223/2001: cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer. (Alguns exemplos: não seriam cobertas as cirurgias plásticas decorrentes de gigantismo de mama; não seriam cobertas cirurgias plásticas para retirada de cicatriz – ou quelóide, ou após cirurgias para obesidade mórbida.);

XXI - Atendimento e tratamento de acidentes ocorridos em competições, oficiais ou não, como por exemplo: rallys, corridas de automóveis ou de moto; vôo em asa delta; mergulho, boxe; e alpinismo, entre outras. Fica claro que estes acidentes e suas complicações somente serão cobertos quando ocorridos na prática não-competitiva, ou seja, na prática de caráter individual e de lazer;

XXII - Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXIII - Exames admissionais, periódicos e demissionais.

6

CLÁUSULA SEXTA

CARÊNCIAS

6.1 - Para a CONTRATANTE com número de participantes menor que 50 (cinquenta), fica estabelecida a exigência de cumprimento de prazos de carência nos termos da Lei nº 9.656/98.

6.2 - Os prazos de carência, para os benefícios previstos no plano contratado de que trata a cláusula 6.1, são os seguintes, contados a partir da data de inclusão do beneficiário:

- a) Atendimento de urgência e/ou emergência em prontos-socorros, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais - 24 (vinte e quatro) horas;
- b) Consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico - 30 (trinta) dias;
- c) Exame ou procedimento terapêutico ambulatorial básico - 30 (trinta) dias;
- d) Exame ou procedimento terapêutico ambulatorial especial - 180 (cento e oitenta) dias;
- e) Internações em geral - honorários médicos e custos hospitalares - 180 (cento e oitenta) dias;
- f) Internações para obstetrícia e neonatologia - honorários médicos e custos hospitalares - 300 (trezentos) dias.

6.3 - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, incluindo internações, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

6.4 - O atendimento de urgência e/ou emergência nos contratos que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doença e lesão preexistente deverá abranger cobertura limitada, até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

6.5 - Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internações, este deverá abranger cobertura limitada, até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, de acordo com o que estabelece a cláusula 7.5.3.

6.6 - No Plano AMIL Referência é garantida a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e/ou emergência, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, somente para os casos que não forem considerados doenças e lesões preexistentes.

6.7 - Ainda que o CONTRATANTE tenha feito opção pelo AGRAVO, a cobertura para o atendimento no caso das doenças e lesões preexistentes dependerá do cumprimento de todas as carências aqui previstas.

7

CLÁUSULA SÉTIMA

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

7.1 - Fica estabelecido, conforme dispõe a Resolução Consu nº 14, de 3 de novembro de 1998, que no plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva com número de participantes menor que 50 (cinquenta) beneficiários, poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças e lesões preexistentes.

7.2 - São consideradas doenças ou lesões preexistentes aquelas cujo beneficiário (por si ou por seu responsável) saiba ser portador ou sofredor ou ter sido portador (ainda que já curado) à data do preenchimento da Declaração de Saúde. **Qualquer doença ou lesão preexistente deve obrigatoriamente ser declarada por ocasião da assinatura da Solicitação de Adesão.**

7.3 - **A omissão de informações ou a informação inverídica sobre doenças ou lesões preexistentes, poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento** e, por conseguinte, ensejar a abertura de Processo Administrativo junto à ANS, que caso procedente, além de constituir causa para a rescisão do contrato, fará com que o beneficiário passe a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, nos termos da legislação em vigor.

7.3.1 - **As informações incorretas acarretarão de imediato a perda dos benefícios de redução de carências, eventualmente concedidos através do PRC - Plano de Redução de Carência.**

7.4 - Quando da presença de doença ou lesão preexistente e suas conseqüências, a CONTRATANTE, no momento da assinatura da Solicitação de Adesão, deverá optar entre a COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT (item 7.5) e o AGRAVO (item 7.6).

7.5 - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) – **Consiste na suspensão da cobertura, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes.** Os procedimentos de alta complexidade são definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através das Resoluções RDC 67 e RDC 68, de 7 de maio de 2001, ou outras que venham a sucedê-las. Essas Resoluções podem ser encontradas no *site* da ANS: www.ans.gov.br. (Exemplo: pessoa já portadora de problemas cardíacos, quando da assinatura da Solicitação de Adesão, somente terá cobertura das despesas com cirurgia cardíaca após 24 (vinte e quatro) meses.) Os leitos de alta tecnologia são aqueles considerados de internação em Unidade de Tratamento Intensivo, assim considerados aqueles que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde (UTI, Unidade Coronariana, Unidade Neonatal, Unidade de Tratamento Semi-Intensivo).

7.5.1 - O prazo de 24 (vinte e quatro) meses é contado da data da inclusão de novos beneficiários.

7.5.2 - Nas situações de urgências e/ou emergências relacionadas às doenças ou lesões preexistentes, durante o período de CPT, **a cobertura estará limitada ao prazo de até 12 (doze) horas de atendimento em regime de pronto-socorro.**

7.5.3 - Quando for necessária, para a continuidade do atendimento de emergência, a internação ou a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo inferior a 12 (doze) horas, **a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo qualquer ônus à AMIL.** (Um exemplo: pessoa já portadora de doença cardiovascular, quando da assinatura da Solicitação de Adesão, busca atendimento em pronto-socorro por estar sentindo-se mal. Caso haja a necessidade de internação hospitalar em Unidade Coronariana, ainda que dentro das primeiras 12 (doze) horas de atendimento em pronto-socorro, a internação não será coberta.)

7.5.4 - Cessada a obrigação de cobertura pela AMIL, esta cobrirá os custos com a remoção para a continuidade do atendimento em outra unidade médico-hospitalar, seja pública ou privada, **desde que dentro da área de abrangência geográfica da cobertura, sendo as despesas, com a continuidade do tratamento, de responsabilidade da CONTRATANTE; não cabe à AMIL a responsabilidade pela obtenção de vaga para continuidade de internação.**

7.6 - AGRAVO. Consiste no acréscimo financeiro no valor das mensalidades que serão pagas pela CONTRATANTE à AMIL, para o custeio dos seguintes procedimentos relacionados às doenças ou lesões preexistentes: eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (UTI, Unidade Coronariana, Unidade Neonatal, Unidade de Tratamento Semi-Intensivo) e procedimentos de alta complexidade, constantes do Rol de Procedimentos de Alta Complexidade da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (Resoluções ANS – RDC 67 e RDC 68, de 7 de maio de 2001), ou outras que venham a sucedê-las. Essas resoluções podem ser encontradas no *site* da ANS: www.ans.gov.br.

7.6.1 - Sem prejuízo das exclusões previstas na cláusula quinta, na opção pelo AGRAVO, o atendimento para as doenças e lesões preexistentes observará a todas as carências contratuais, não se aplicando qualquer redução das mesmas.

8

CLÁUSULA OITAVA

CONSULTA MÉDICA

8.1 - A cobertura de custeio das consultas será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, nos limites e condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na cláusula 3.4.

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

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

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

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

9

CLÁUSULA NONA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E/OU EMERGÊNCIAS EM PRONTO-SOCORRO

9.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso para o atendimento de urgências e/ou emergências em pronto-socorro será realizada nos limites e condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na cláusula 3.4.

9.2 - É assegurada a cobertura para o atendimento em pronto-socorro nos casos:

- a) De urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional;
- b) De emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;
- c) De sofrimento intenso sem risco de vida ou de lesão irreparável, mas que justifique um atendimento médico imediato.

9.3 - Estão incluídos nos atendimentos de urgências e/ou emergências em pronto-socorro, a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante este atendimento. Caso se torne necessária a internação hospitalar, a sua cobertura obedecerá os limites e normas estabelecidos nas cláusulas sexta e sétima, que tratam das carências e das doenças e lesões preexistentes.

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

9.5 - Os atendimentos de urgências e/ou emergências decorrentes de doenças e lesões preexistentes e nos casos relacionados a partos a termo, ocorridos durante o período de carências, estão subordinados às normas estabelecidas para a Cobertura Parcial Temporária, conforme cláusula 7.5.

10

CLÁUSULA DÉCIMA

EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO AMBULATORIAL

10.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso dos exames de apoio diagnóstico e de procedimentos terapêuticos ambulatoriais será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, nos limites e condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na cláusula 3.4.

10.2 - As solicitações de exames ou procedimentos para os planos de Rede Credenciada deverão ser emitidas pelo médico credenciado responsável pelo atendimento ao beneficiário.

10.2.1 - As solicitações realizadas por médico não-credenciado deverão ser submetidas à análise da AMIL, exceto para os planos com reembolso.

10.3 - Para fins deste contrato, são considerados exames básicos de apoio diagnóstico:

- 1 - Exames de Análises Clínicas e Radioimunoensaio (Medicina Nuclear);
- 2 - Exames de Citopatologia e Anatomopatologia;
- 3 - Eletrocardiograma e Eletroencefalograma;
- 4 - Exames radiológicos simples e exames contrastados de aparelho digestivo e urinário;
- 5 - Colposcopia e Colpocitologia;
- 6 - Testes Alérgicos e Provas Imuno-Alérgicas;
- 7 - Exames de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, exceto os referidos na cláusula seguinte, itens 10.4.11 e 10.4.12.

10.4 - Para fins deste contrato, são considerados exames especiais de apoio diagnóstico:

- 1 - Ergometria, Holter e Ecocardiograma;
- 2 - Exames de diagnóstico em Medicina Nuclear;
- 3 - Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica, realizados em regime ambulatorial;
- 4 - Exames de Neurofisiologia;
- 5 - Exames de Ultra-Sonografia;
- 6 - Exames Radiológicos de Tomografia Computadorizada, de Neurorradiologia, Angiografias, Coronariografias, Mielografias, Radiologia Intervencionista e Exames de Ressonância Magnética;
- 7 - Exames de Hemodinâmica e Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia;
- 8 - Exames Angiológicos de Doppler, Fluxometria e Investigação Vascular Ultra-sônica;
- 9 - Exames de Densitometria Óssea;

- 10 - Histeroscopia Diagnóstica;
- 11 - Exames especiais em Oftalmologia: Retinografia Fluorescente, Biometria e Paquimetria Ultra-Sônica, Microscopia Especular de Córnea e Campimetria Computadorizada;
- 12 - Exames especiais em Otorrinolaringologia: Audiometria Cortical, Eletroco-
cleografia, Eletroneurografia, Pesquisa de Potenciais Auditivos de Tronco
Cerebral (Bera), Testes Vestibulares, Registro de Nistagmo e Teste de Glicerol.

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

- 1 - Procedimentos Ambulatoriais Não-Cirúrgicos em Oftalmologia;
- 2 - Procedimentos Ambulatoriais Não-Cirúrgicos em Otorrinolaringologia;
- 3 - Procedimentos Ambulatoriais em Ortopedia e Traumatologia;
- 4 - Procedimentos Ambulatoriais Não-Cirúrgicos em Urologia;
- 5 - Cirurgias de porte zero em Dermatologia e Cirurgia Plástica;
- 6 - Inaloterapia.

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

- 1 - Fisioterapia;
- 2 - Dessensibilização;
- 3 - Procedimentos Terapêuticos Endoscópicos Digestivos, Respiratórios e Urológicos;
- 4 - Hemodinâmica Terapêutica e Angioplastias;
- 5 - Radioterapia do Tipo Megavoltagem, Cobaltoterapia, Cesioterapia e Eletroterapia;
- 6 - Radioterapia do Tipo Radiomoldagem, Radioimplante e Braquiterapia;
- 7 - Quimioterapia Ambulatorial;
- 8 - Quimioterapia Intratecal ou com Medicina Nuclear;

- 9 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia;
- 10 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;
- 11 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;
- 12 - Procedimentos para Litotripsias;
- 13 - Videolaparoscopia e Procedimentos Videoassistidos com Finalidade Terapêutico/ Diagnóstica Ambulatorial;
- 14 - Artroscopia;
- 15 - Diálise ou Hemodiálise;
- 16 - Hemoterapia;
- 17 - Tratamento de Doenças Psiquiátricas em Regime Ambulatorial;
- 18 - Tratamento Hiperbárico;
- 19 - Cirurgias em Regime de *Day-Hospital*;
- 20 - Nutrição Enteral ou Parenteral;
- 21 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Cirurgia Plástica.

10.7 - Os exames e procedimentos terapêuticos especiais necessitarão sempre da autorização prévia da AMIL para sua cobertura.

10.8 - Somente haverá cobertura dos custos referentes à remoção do paciente de hospital para hospital, e desde que comprovadamente necessária, devendo ser observado os seguintes limites e condições:

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

Assim, por exemplo, não haverá cobertura pela AMIL para remoção de paciente de sua residência ou trabalho para um hospital.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES

11.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso de internações para o tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e de acordo com as normas estabelecidas pelo CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar, **nos limites e condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na cláusula 3.4, e no que segue:**

- a) Cobertura de internações hospitalares em quarto privativo ou quarto coletivo e Centro de Terapia Intensiva, ou similar, sem limites de prazo, valor ou quantidade;
- b) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- c) Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- d) Cobertura de taxas hospitalares, materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Orientador Médico do plano escolhido;
- e) Cobertura de órteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico, nacionais e reconhecidas pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária e, no caso de inexistência de produtos nacionais, órteses e próteses importadas com o devido registro nos órgãos de importação;
- f) Cobertura de despesas de diárias de acompanhante, **para os planos de Rede Credenciada somente no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) e maiores de 60 (sessenta) anos de idade, e para qualquer idade nos planos com reembolso**, respeitados os direitos e obrigações previstos nos regulamentos internos de cada hospital;
- g) Cobertura de internação neonatal ao recém-nascido, filho do titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que nascido sob a cobertura da AMIL.

11.2 - Nas internações de caráter de **urgência e/ou emergência**, o beneficiário ou seu responsável fará comunicar à AMIL, **no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis**, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato.

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

11.4 - A falta de comunicação sobre as razões da internação, acarretará a não-cobertura das despesas resultantes do atendimento.

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

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

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

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

- I - As despesas assistenciais com doadores vivos;
- II - Os medicamentos utilizados durante a internação;
- III - O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- IV - As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma prevista na Resolução nº 12/98, do Conselho de Saúde Suplementar (disponível no *site* da ANS: www.ans.gov.br).

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

11.10 - Nas situações previstas na cláusula 3.4, ou nos casos de urgência e/ou emergência em que ocorra internação em outro hospital que não faça parte da Rede Credenciada do plano escolhido, a AMIL deverá ser comunicada imediatamente e, após autorização por parte do beneficiário, do seu responsável ou do seu médico, será providenciada a remoção (transferência) do paciente para um dos hospitais da Rede Credenciada a que tem direito, sendo o custo da remoção coberto pela AMIL.

11.10.1 - Se o beneficiário ou seus responsáveis não concordarem com a remoção, de imediato cessará a cobertura da AMIL, passando o mesmo e/ou

seus responsáveis a serem os únicos responsáveis pelos custos da internação, custos estes que serão reembolsados pela AMIL, tomando-se por base os valores cobrados pelos hospitais participantes da sua Rede Credenciada.

11.10.2 - Caso a remoção não seja possível por motivo médico, será aplicado o reembolso previsto na cláusula décima terceira, observados os direitos de seu plano e tendo como base os valores cobrados nos hospitais autorizados pela AMIL.

12

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

SAÚDE MENTAL

12.1 - A cobertura de custos relativos à saúde mental corresponde ao estabelecido como obrigatório pela Resolução nº 11/98, do Conselho de Saúde Suplementar (disponível no *site* da AMIL: www.amil.com.br e no *site* da ANS: www.ans.gov.br). São as seguintes as hipóteses de cobertura na saúde mental:

- a) **Atendimento às emergências** – assim consideradas as situações em que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão;
- b) **Psicoterapia de crise** – entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, sem efeito cumulativo;
- c) **Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas** para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V;
- d) **Internação hospitalar psiquiátrica** em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V, em situação de crise, com exceção dos quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo. **Haverá cobertura integral por 30 (trinta) dias de internação por ano, contado a partir da data de assinatura deste contrato; após esse período, haverá a co-participação obrigatória**, equivalente ao pagamento de 50% (cinquenta por cento) das despesas hospitalares e honorários médicos de internação;
- e) **Internação hospitalar em unidade clínica** para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química, que necessite de hospitalização, com custeio integral por 15 (quinze) dias de internação por ano; **após esse período, haverá a**

co-participação obrigatória, equivalente ao pagamento de 50% (cinquenta por cento) das despesas hospitalares e honorários médicos de internação. (Exemplos para os itens d e e: no caso do item e, o paciente interna-se durante seis dias em janeiro, depois, interna-se por mais sete dias em fevereiro, depois interna-se por mais cinco dias; os 15 dias serão cobertos integralmente pela AMIL, os três dias restantes serão cobertos em apenas 50%, cabendo ao beneficiário pagar a diferença diretamente ao prestador de serviço, sem direito a qualquer reembolso. O tempo da primeira internação ultrapassa os 15 dias, os quais serão cobertos integralmente pela AMIL, os dias restantes serão cobertos em apenas 50%, cabendo ao beneficiário pagar a diferença diretamente ao prestador de serviço, sem direito a qualquer reembolso. O mesmo ocorrerá na hipótese do item d, caso a internação ultrapasse 30 (trinta) dias.)

12.2 - Considera-se que uma pessoa está em crise, sempre que estiver em situação de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental concomitante.

12.3 - O beneficiário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento, em regime de hospital-dia, nas situações de transtorno psiquiátrico quando em crise. Para os diagnósticos com CID de **F00 a F09** (transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos), **F20 a F29** (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes), **F70 a F79** (retardo mental) e **F90 a F98** (transtornos de comportamento e emocionais habituais na infância e na adolescência), esta cobertura será estendida até 180 (cento e oitenta) dias por ano (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima versão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde.)

13

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

REEMBOLSO

13.1 - Nos planos AMIL de Rede Credenciada somente haverá reembolso para o atendimento realizado em pronto-socorro hospitalar em situação de urgência e/ou emergência, devidamente caracterizada, quando não tenha sido possível o atendimento na Rede Credenciada.

13.1.1 - Na hipótese acima mencionada, o valor do reembolso corresponderá, no máximo, ao valor equivalente ao que a AMIL custearia, caso o atendimento fosse realizado na Rede Credenciada do plano contratado.

13.2 - Nos planos AMIL com Reembolso, os valores do reembolso das despesas pelo atendimento em médicos ou serviços de Rede Não-Credenciada serão calculados em razão da Tabela de Multiplicadores do plano escolhido, aplicados sobre a Tabela AMIL de Reembolso, nos limites e condições estabelecidos do plano contratado, e da **URA – Unidade de Reembolso AMIL, vigente na data da realização do procedimento, através da seguinte fórmula: multiplicador do plano escolhido x quantitativo em URA do procedimento na Tabela AMIL x valor da URA.**

13.2.1 - O reembolso das despesas com os **custos hospitalares de internação somente é previsto para os planos AMIL 60.101 e AMIL 60.102**, sendo o valor da conta apresentada para reembolso submetido à auditoria médico/técnico para se verificar se estão sendo cobradas somente as hipóteses previstas como cobertas no item 11.1, **sendo excluídas todas as despesas extraordinárias à internação, tais como o uso de telefone no quarto, consumo de frigobar, aluguel de filmes e toda e qualquer outra despesa definida como extraordinária pelo hospital**. As despesas com honorários médicos durante a internação serão reembolsadas com base na Tabela AMIL de Procedimentos e Reembolso e nos limites previstos na cláusula 2.4.

13.3 - Há necessidade de serem apresentados os seguintes documentos quando da solicitação de reembolso:

13.3.1 - Consulta: recibos ou nota fiscal válida como recibo (**quitação da nota fiscal**), com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, **valor de desconto, quando houver**, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. **Não será aceito o desmembramento de recibos para um mesmo evento;**

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

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

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

13.3.5 - Internação: nota fiscal quitada e seu comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação;

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

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

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

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

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

14

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

PAGAMENTO DE MENSALIDADES E OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

14.1 - Para a CONTRATANTE com número de participantes menor que 50 (cinquenta), todos os pagamentos serão feitos pela CONTRATANTE à AMIL, de acordo com as condições definidas no Aditivo Tabela de Preços, sem prejuízo das demais cláusulas contratuais.

14.1.1 - As faixas etárias previstas neste contrato são: de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

14.1.2 - Ocorrendo alterações na idade de qualquer dos beneficiários que importe deslocamento para outra faixa etária, o valor da mensalidade será reajustado para o valor da nova faixa, no mês seguinte ao da ocorrência. São os seguintes os percentuais de reajuste em razão de mudança de faixa etária:

- a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 35,80% (trinta e cinco e oitenta décimos por cento);
- b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
- c) Ao completar 29 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
- d) Ao completar 34 anos, sem acréscimo;
- e) Ao completar 39 anos, acréscimo de 5% (cinco por cento);
- f) Ao completar 44 anos, acréscimo de 42% (quarenta e dois por cento);
- g) Ao completar 49 anos, acréscimo de 30% (trinta por cento);
- h) Ao completar 54 anos, sem acréscimo;
- i) Ao completar 59 anos, acréscimo de 88,38% (oitenta e oito e trinta e oito décimos por cento).

14.1.3 - As mensalidades serão corrigidas nos termos, valores e periodicidade autorizada pela legislação vigente na época do reajuste, ou na data determinada pelo órgão governamental competente.

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

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

ONDE:

Ir = Índice de reajuste;

Cons = Variação dos preços das consultas;

Ex = Variação dos preços dos exames;

Proc = Variação dos preços dos procedimentos;

HM = Variação dos preços dos honorários médicos;

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

DT = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares, obtida pela média aritmética do aumento no período, na Rede Credenciada, que consta dos orientadores médicos AMIL;

- MM = Variação dos preços de materiais e medicamentos (de acordo com o Brasíndice);
- DG = Variação dos preços das despesas gerais (conforme a alteração percentual do índice autorizado pelo governo);
- P1 a P8 = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula, de acordo com a apuração de seus custos pela AMIL.

14.1.5 - Os valores da URA – Unidade de Reembolso AMIL, serão reajustados na mesma proporção do reajuste autorizado para a mensalidade, conforme cláusula 14.1.3, não cabendo nenhum reajuste da URA por aumento por mudança de faixa etária – cláusula 14.1.2.

14.2 - Para a CONTRATANTE com **número de participantes maior ou igual a 50 (cinquenta)**, todos os valores de pagamentos, condições de acompanhamento e reajustes dos planos escolhidos serão feitos pela CONTRATANTE à AMIL, de acordo com as condições definidas no Aditivo Tabela de Preços e Condições de Pagamentos, sem prejuízo das demais cláusulas contratuais.

14.2.1 - Os valores da URA – Unidade de Reembolso AMIL e da Unidade de Franquia AMIL serão reajustados de acordo com as normas estabelecidas no Termo Aditivo.

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

14.4 - A CONTRATANTE em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades estará sujeito à aplicação de multa de 2% e juros de mora, sem prejuízo da sua atualização monetária.

14.5 - O pagamento posterior não quita débitos anteriores.

15

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO CONTRATO E TRANSFERÊNCIA DE PLANOS

15.1 - O período de vigência deste contrato é de 12 (doze) meses, a partir da data da sua assinatura renovado automaticamente por igual período, podendo ser rescindido por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio por escrito de 30 (trinta) dias, ficando vedada neste período qualquer movimentação cadastral.

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

- 1 - Fraude ou dolo;
- 2 - Se a CONTRATANTE impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência necessária à proteção dos direitos da AMIL;
- 3 - Se, por má-fé, a CONTRATANTE omitir informações ou tentar, por qualquer meio, obter vantagem ilícita deste contrato;
- 4 - Se a CONTRATANTE praticar em suas declarações qualquer omissão, inexactidão ou erro, que tenham influído na aceitação das condições deste contrato;
- 5 - Se, devido à exclusão de beneficiários, o número de titulares tornar-se inferior a 5 (cinco);
- 6 - Se ocorrer atraso de pagamento de 60 (sessenta) dias.

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

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

15.4.1 - Os prazos de carências serão contados a partir da data de inclusão do beneficiário no novo plano.

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

15.4.3 - Será admitida a transferência de titular e seus respectivos dependentes para um plano com menos benefícios, salvo se o beneficiário já tiver sido beneficiado com hospitalização, caso em que essa transferência só será admitida após decurso de 12 (doze) meses, contados da última alta hospitalar.

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

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

15.5 - Os direitos contratuais estarão suspensos nos casos de atraso de pagamento superior a 10 (dez) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA**DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO**

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

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

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

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

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

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

16.5 - Fica convencionado, entre as partes, que independentemente do especificado anteriormente, poderá ser requerido pelo beneficiário que se desligar da empresa CONTRATANTE, continuar como associado pessoa física da AMIL, observado o que estabelece a legislação.

16.6 - Caso a Lei ou o regulamento não determine uma forma especial de comunicação, a AMIL, na sua comunicação com o cliente, poderá se utilizar de qualquer meio possível, entre os quais, porém não limitados a somente estes: cartas (com ou sem Aviso de Recebimento), *e-mails*, telefone ou qualquer outro meio eletrônico ou físico.

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

ADITIVO **Amil**
RESGATE SAÚDE

1

OBJETO

1.1 - O presente aditivo tem por objetivo regular a cobertura dos custos, no Brasil, de despesas relativas ao resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre de beneficiários incluídos no Aditivo AMIL Resgate Saúde. Não haverá nenhuma cobertura ou reembolso de despesas no exterior.

1.2 - Para fins deste contrato, o resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre é o traslado de hospital para hospital no Brasil, realizado por serviços credenciados da AMIL, através da combinação de transporte por ambulância e/ou helicóptero e/ou avião, de paciente em estado grave, que apresente qualquer uma das condições patológicas descritas no item 2.4. **Veja que, se o hospital para o qual tenha sido transferido o paciente não for um hospital sujeito à cobertura ou reembolso pela AMIL – em razão do plano do paciente –, o paciente será o único responsável pelos custos no referido hospital.**

2

DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA COBERTURA

2.1 - O Aditivo AMIL Resgate Saúde não cobre qualquer despesa relativa à internação hospitalar ou atendimento médico diverso do resgate. Assim, as despesas com internação hospitalar e demais despesas médicas, seja no hospital de origem, seja no hospital de destino, somente serão cobertas pela AMIL se o beneficiário tiver direito nos termos do contrato principal, do qual este aditivo é acessório.

2.2 - Somente terão cobertura de custos pelo presente aditivo as despesas relativas aos resgates terrestre, aéreo ou aeroterrestre de um hospital qualquer no Brasil, para um hospital qualquer no Brasil, realizado por serviços credenciados da AMIL, através da combinação de transporte por ambulância e/ou helicóptero e/ou avião (na forma do previsto no item 2.3) de paciente em estado grave, que apresente qualquer uma das condições patológicas descritas no item 2.4.

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

As bases dos helicópteros estão localizadas nas cidades do Rio de Janeiro (Estado do Rio de Janeiro) e São Paulo (Estado de São Paulo).

2.4 - **É uma das condições essenciais para a cobertura dos custos prevista neste Aditivo AMIL Resgate Saúde** que o estado do beneficiário seja grave e que esse

estado decorra de qualquer uma das seguintes **condições médicas de urgência e/ou emergência:**

- 1 - Infarto agudo do miocárdio, com necessidade de cirurgia de revascularização de urgência ou choque cardiogênico refratário ou arritmia ameaçadora à vida;
- 2 - Infarto agudo do miocárdio, com dor mantida e indicação de angioplastia de urgência;
- 3 - Aneurisma dissecante de aorta em fase aguda;
- 4 - Estado de mal convulsivo em crianças;
- 5 - Politraumatismo;
- 6 - Trauma cranioencefálico;
- 7 - Traumatismo raquimedular na fase aguda inicial;
- 8 - Traumatismo de face com distúrbio de ventilação;
- 9 - Traumatismo de face com lesão do globo ocular;
- 10 - Trauma torácico;
- 11 - Traumatismo de grandes vasos sangüíneos;
- 12 - Traumatismo abdominal;
- 13 - Traumatismo extenso de partes moles;
- 14 - Amputação traumática com possibilidade de reimplantes;
- 15 - Choque traumático;
- 16 - Grandes queimaduras;
- 17 - Acidentes com eletricidade, com acometimento sistêmico;
- 18 - Asfixia por imersão (afogamento);
- 19 - Intoxicações exógenas involuntárias;
- 20 - Picada de animais peçonhentos.

2.5 - Assim, para haver a cobertura é necessário que ocorram, ao mesmo tempo, todas as hipóteses seguintes: (a) a remoção deverá ser entre hospitais localizados no Brasil (assim, não serão cobertas, entre outras, as despesas com remoção que tenha como ponto de partida ou chegada uma residência ou escritório ou logradouro público, por exemplo); **(b) o beneficiário tem que estar em estado grave no entender médico** (se o estado não for grave, não haverá cobertura); **(c) deve haver autorização médica para o resgate** (assim, sendo a remoção um ato médico, se o médico resgatador e o médico do hospital de origem não concordarem com a remoção, essa não poderá ser realizada); **(d) a razão da internação deve ser qualquer uma das patologias previstas no item 2.4** (se for patologia diversa, também não haverá cobertura); **(e) a cobertura deverá ser realizada por serviços credenciados da AMIL** (assim, em nenhuma hipótese haverá ressarcimento para os procedimentos de resgate realizados por terceiros não-credenciados); **(f) a cobertura deverá ser previamente solicitada à AMIL e realizada por aeronaves e ambulâncias integrantes da Rede Credenciada AMIL; e (g) o uso de ambulância, helicóptero ou avião a jato de pequeno porte** dependerá da distância, das condições de pouso e voo e das regras e instruções estabelecidas pelo DAC – Departamento de Aviação Civil – do Ministério da Aeronáutica, para tráfego aéreo e pouso de cada tipo de aeronave.

2.6 - O presente Aditivo AMIL Resgate Saúde não cobre nenhum custo ou despesa com acompanhantes do beneficiário resgatado, nem as despesas relativas ao retorno do beneficiário ao local do início do resgate.

2.7 - As cláusulas anteriormente indicadas são essenciais neste aditivo de contrato.

3 DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA - CARÊNCIA

3.1 - O Aditivo AMIL Resgate Saúde terá vigência por prazo indeterminado, a contar da sua assinatura, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso de 30 (trinta) dias de antecedência, ou até que seja extinto o contrato principal; das duas hipóteses, a que primeira ocorrer.

3.2 - Fica certo, entretanto, que as coberturas previstas no presente aditivo estão sujeitas ao cumprimento de prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura do aditivo, ou seja, os eventos cobertos pelo presente Aditivo AMIL Resgate Saúde somente terão cobertura 30 (trinta) dias após a data da assinatura.

4 DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DO PREÇO

4.1 - As inclusões no Aditivo AMIL Resgate Saúde levarão em conta o número de beneficiários inscritos no contrato:

- **Para contratos até 25 (vinte e cinco) beneficiários, compreendem obrigatoriamente o titular e todos os seus dependentes;**
- **Para contratos com 25 (vinte e cinco) ou mais beneficiários, compreendem obrigatoriamente o titular, podendo incluir ou não qualquer de seus dependentes.**

4.2 - O preço do Aditivo AMIL Resgate Saúde para cada beneficiário será o vigente na Tabela AMIL na data da opção.

4.3 - Os reajustes deste aditivo serão realizados nas mesmas datas do contrato principal.

5 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 - Aplicam-se ao Aditivo AMIL Resgate Saúde todas as disposições do contrato principal que não sejam com ele (aditivo) incompatíveis.

5.2 - Extinto o Aditivo AMIL Resgate Saúde, e permanecendo em vigência o contrato principal, voltam a prevalecer todas as cláusulas e condições do contrato principal.

ADITIVO **Amil**

URGÊNCIAS EM
VIAGENS AO EXTERIOR

1

OBJETO

1.1 - O presente aditivo tem por objetivo regular a cobertura limitada dos custos de despesas relativas à **assistência médico-hospitalar, em casos de urgência e/ou emergência, prestada no exterior aos beneficiários da AMIL, em viagem de turismo, negócio ou estudo, viagem esta com duração inferior a 24 (vinte e quatro) meses** (alguns exemplos: tem direito à cobertura o brasileiro que viaja com visto de estudante durante 24 (vinte e quatro) meses, estando válido o visto e sendo atendido na Rede Credenciada).

1.2 - **A cobertura somente ocorrerá em Rede Credenciada; a Rede Credenciada AMIL no exterior está disponível no site: www.amil.com.br.**

1.3 - Os beneficiários devem ser obrigatoriamente residentes no Brasil e estar devidamente inscritos no presente aditivo.

1.4 - Para fins deste contrato, considera-se que o beneficiário deixou de residir no Brasil, perdendo, portanto, direito à cobertura, caso ocorra qualquer uma das seguintes hipóteses: (a) o beneficiário estiver no exterior por mais de 24 (vinte e quatro) meses consecutivos; (b) o beneficiário estiver no exterior de forma ilegal (sem o competente visto ou autorização, por exemplo); (c) caso o beneficiário tenha ingressado no país estrangeiro com qualquer outro visto ou autorização diferente do visto de estudante ou de trabalho; (d) caso o beneficiário venha a ser considerado residente em um outro país, por força da legislação local, devido aos fatos da sua permanência ou de seus dependentes.

2

DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA COBERTURA

2.1 - **A cobertura está limitada ao valor de €30.000 (trinta mil euros) ou seu equivalente em dólares para cada beneficiário a cada viagem.** Somente terão cobertura de custos pelo presente aditivo as despesas realizadas em Rede Credenciada e relativas ao: (a) atendimento médico de urgência e/ou emergência, hospitalar e extra-hospitalar; e (b) às internações de urgência e/ou emergência e desde que não estejam incluídas em qualquer uma das hipóteses do item 2.2.

2.2 - O beneficiário **não terá direito a nenhuma cobertura ou reembolso** caso ocorra qualquer uma das seguintes hipóteses: (a) nas hipóteses de exclusão contratual previstas no contrato principal; (b) caso não seja atendimento de urgência e/ou emergência; (c) caso o beneficiário tenha deixado de residir no Brasil; (d) caso o beneficiário venha a ser considerado residente em um outro país, por força da legislação local, devido ao fato da sua permanência ou de seus dependentes; (e) caso o atendimento seja realizado por médicos, serviços ou hospitais não-integrantes da Rede AMIL no exterior; ou (f) nas hipóteses do já mencionado item 1.4.

2.3 - Não há previsão de reembolso no Aditivo AMIL Urgências em Viagens ao Exterior, ou seja, caso o beneficiário busque médicos, serviços ou hospitais **não-integrantes da Rede AMIL** no exterior.

2.4 - As cláusulas anteriormente indicadas são essenciais neste aditivo de contrato.

3

DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA - CARÊNCIA

3.1 - O Aditivo AMIL Urgências em Viagens ao Exterior terá vigência por prazo indeterminado, a contar da sua assinatura, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso de 30 (trinta) dias de antecedência, ou até que seja extinto o contrato principal; das duas hipóteses, a que primeira ocorrer.

3.2 - Fica certo, entretanto, que as coberturas previstas no presente aditivo estão sujeitas ao cumprimento de prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura do aditivo, ou seja, os eventos cobertos pelo presente Aditivo AMIL Urgências em Viagens ao Exterior somente terão cobertura 30 (trinta) dias após a data da assinatura.

4

DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DO PREÇO

4.1 - As inclusões no Aditivo AMIL Urgências em Viagens ao Exterior levarão em conta o número de beneficiários inscritos no contrato:

- Para contratos até 25 (vinte e cinco) beneficiários, compreendem obrigatoriamente o titular e todos os seus dependentes;
- Para contratos com 25 (vinte e cinco) ou mais beneficiários, compreendem obrigatoriamente o titular, podendo incluir ou não qualquer de seus dependentes.

4.2 - O preço do Aditivo AMIL Urgências em Viagens ao Exterior para cada beneficiário será o vigente na Tabela AMIL na data da opção.

4.3 - Os reajustes deste aditivo serão realizados nas mesmas datas do contrato principal. Entretanto, os valores referentes a este aditivo serão reajustados **com base na variação dos custos ocorridos em moeda nacional, dos atendimentos realizados no exterior.**

5 DA SUB-ROGAÇÃO

5.1 - Nos casos em que a AMIL vier a cobrir custos de beneficiários de aditivo AMIL Urgências em Viagens ao Exterior, decorrentes de acidentes causados ou não por terceiros, fica a AMIL autorizada a buscar obter do terceiro causador-dano, ou de empresas seguradoras do beneficiário, no Brasil ou no exterior, o reembolso das despesas médicas que vier a pagar.

6 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1 - Aplicam-se ao Aditivo AMIL Urgências em Viagens ao Exterior todas as disposições do contrato principal que não sejam com ele (aditivo) incompatíveis.

6.2 - Extinto o Aditivo AMIL Urgências em Viagens ao Exterior e permanecendo em vigência o contrato principal, voltam a prevalecer todas as cláusulas e condições do contrato principal.

6.3 - O presente aditivo somente poderá ser assinado no Brasil, e por residente no Brasil, sob pena de nulidade do ato.

6.4 - Toda e qualquer discussão acerca do presente aditivo, ou decorrente deste, será dirimida pela justiça brasileira utilizando a legislação brasileira. Elegem as partes o foro da cidade da CONTRATANTE no Brasil para dirimir todas as questões.

ADITIVO **Amil**
MEDICAMENTOS

1

OBJETO

1.1 - O presente aditivo tem por objetivo regular a cobertura dos custos no Brasil, **parcial e limitada**, de medicamentos incluídos na Listagem AMIL de Medicamentos, adquiridos por beneficiários devidamente inscritos no presente aditivo em farmácias ou drogarias credenciadas da AMIL (**a Listagem AMIL de Medicamentos em vigência é entregue no ato do contrato, além de estar disponível no site da AMIL, www.amil.com.br, juntamente com a listagem das farmácias ou drogarias da rede Farmalife credenciadas**). Não haverá em qualquer hipótese reembolso de despesas com medicamentos.

1.1.1 - A Listagem AMIL de Medicamentos poderá ser modificada pela AMIL, ao longo da vigência deste aditivo, para incluir, substituir ou excluir medicamentos de marca ou genéricos.

2

DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA COBERTURA

2.1 - **Somente terão cobertura de custos pelo presente aditivo (parcial e limitada) as despesas relativas à aquisição de:** (a) medicamentos constantes da Listagem AMIL de Medicamentos; (b) medicamentos para **uso próprio e exclusivo do beneficiário**; e (c) medicamentos, desde que adquiridos em farmácias ou drogarias integrantes da Rede Credenciada.

2.1.1 - **A cobertura é PARCIAL e LIMITADA**; assim, é **PARCIAL** uma vez que a **AMIL cobrirá 35% (trinta e cinco por cento) do valor dos medicamentos de marca, incluídos na Listagem AMIL de Medicamentos e 50% (cinquenta por cento) do valor dos medicamentos genéricos relacionados aos medicamentos de marca, constantes da Listagem AMIL de Medicamentos**. Além disso, essa cobertura é **limitada**, ou seja, somente haverá cobertura para até 3 (três) unidades por medicamento por receita/mês, **desde que esta quantidade não ultrapasse a dose necessária para 30 (trinta) dias de tratamento; por exemplo, para um medicamento em que a dose é 1 comprimido por dia e a embalagem contém 30 comprimidos, somente será autorizada a venda de 1 caixa por mês**.

2.1.2 - **Não haverá, de modo algum, cobertura em valores diferentes ou superiores aos percentuais indicados no item 2.1.1.**

2.1.3 - Somente no caso de medicamentos de uso contínuo é que a mesma receita será válida para aquisição, por até 3 (três) meses, a contar da data da emissão da receita. Nos demais casos, haverá necessidade de nova receita.

2.2 - O beneficiário não terá direito a qualquer reembolso no presente aditivo. Além disso, o beneficiário não terá direito a qualquer cobertura, caso ocorra qualquer uma das seguintes hipóteses: (a) caso a aquisição seja em farmácia ou drogaria não-

integrante da Rede Credenciada; (b) caso o medicamento adquirido não conste da Listagem AMIL de Medicamentos, vigente na data da compra do medicamento; (c) caso o medicamento não seja para uso próprio e exclusivo do beneficiário; (d) caso, no ato da compra, o beneficiário não apresente o Cartão de Identificação da AMIL e a receita médica, com identificação do médico pela sua assinatura e carimbo, com seu registro no Conselho Regional de Medicina.

2.2.1 - Caso o medicamento não seja para uso próprio e exclusivo do beneficiário, ficará caracterizada a fraude, ocorrendo a extinção imediata do aditivo e do contrato principal (com todos os outros aditivos porventura existentes), e isso sem prejuízo das ações cíveis e criminais que se mostrarem convenientes.

2.3 - As cláusulas anteriormente indicadas são essenciais neste aditivo de contrato.

3

DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA - CARÊNCIA

3.1 - O Aditivo AMIL Medicamentos terá vigência por prazo indeterminado a contar da sua assinatura, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso de 30 (trinta) dias de antecedência, ou até que seja extinto o contrato principal; das duas hipóteses, a que primeira ocorrer.

3.2 - Fica certo, entretanto, que as coberturas previstas no presente aditivo estão sujeitas ao cumprimento de prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura do aditivo, ou seja, os eventos cobertos pelo presente Aditivo AMIL Medicamentos somente terão cobertura 30 (trinta) dias após a data da assinatura.

4

DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DO PREÇO

4.1 - No Aditivo AMIL Medicamentos deverão ser incluídos, obrigatoriamente, todos os beneficiários já incluídos no contrato principal, do qual este aditivo é acessório. É obrigatória a permanência de todo o grupo inscrito como condição essencial para a continuidade da vigência deste aditivo.

4.2 - O preço do Aditivo AMIL Medicamentos para cada beneficiário será o vigente na Tabela AMIL na data da opção.

4.3 - Os reajustes desse aditivo serão realizados nas mesmas datas do contrato principal. Entretanto, os valores referentes a esse aditivo serão reajustados com base na variação ponderada dos preços dos medicamentos incluídos na Listagem AMIL de Medicamentos no período considerado.

5

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 - Aplicam-se ao Aditivo AMIL Medicamentos todas as disposições do contrato principal que não sejam com ele (aditivo) incompatíveis.

5.2 - Extinto o aditivo AMIL Medicamentos, e permanecendo em vigência o contrato principal, voltam a prevalecer todas as cláusulas e condições do contrato principal.

