

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE
MEDICINA DE GRUPO**

EMPRESARIAL I-A, I-B e I-C e EMPRESARIAL II-A, II-B e II-C, MASTER, TOP I e II

Pelo presente instrumento contratual particular, e na melhor forma de direito, de um lado, **AMESP SAÚDE LTDA.**, sociedade civil por quotas de responsabilidade limitada, com contrato social, e suas alterações, que se encontram registradas no livro de registro de pessoas jurídicas no 3º. Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Capital, inscrita no CGC/MF sob o nº. 61.024.451/0001-53, e registrada nos termos da Lei nº. 6839/80 no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, sob o n. 900.985.0, e, no Conselho Nacional das Empresas de Medicina de Grupo sob o nº. 1.64.90.118, com sede na Rua Tutóia, 207, São Paulo/SP, neste ato legalmente representada, doravante simplesmente denominada **CONTRATADA**; e, de outro lado a **ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DO SENAI - AES**, inscrita no CGC/MF sob o nº49.642.598/0002-92, com sede na Rua alberto Lion, nº100, Bairro do Cambuci, São Paulo/SP, neste ato legalmente representada, conforme cópia do Contrato Social ou Estatutos em anexo, doravante simplesmente denominada de **CONTRATANTE**, têm entre si justo e livremente contratado o seguinte:

GLOSSÁRIO / DEFINIÇÕES

Para os efeitos do presente Contrato, destacam-se as seguintes definições:

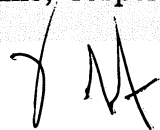
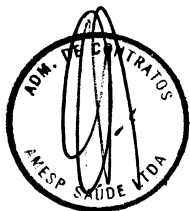
ACIDENTE DO TRABALHO: aquele que ocorre durante a jornada de trabalho, dentro ou fora do ambiente de trabalho, e o que ocorre durante o trajeto de ida e volta entre a moradia e o trabalho, conforme definido e previsto na legislação pertinente.

ACIDENTE PESSOAL: é o evento exclusivo, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física ao **BENEFICIÁRIO**, que por si só e independentemente de qualquer outra causa torne necessária a internação ou tratamento médico, excluídos os **ACIDENTES DO TRABALHO**.

BENEFICIÁRIOS: são considerados **BENEFICIÁRIOS** do presente Contrato, todos os associados (**Beneficiários Titulares**), bem como seus respectivos Dependentes (**Beneficiários Dependentes**), além dos Agregados (**Beneficiários Agregados**) devidamente cadastrados pela **CONTRATANTE** junto à **CONTRATADA**.

CARÊNCIAS: período de tempo durante o qual o **BENEFICIÁRIO** permanece sem as **COBERTURAS** definidas, mesmo com o pagamento das taxas previstas, até que seja completado o prazo estipulado, contado desde o seu ingresso no **Plano de Saúde**, conforme o caso e as definições constantes do presente Instrumento.

COBERTURAS: garantias definidas neste Contrato aos **BENEFICIÁRIOS**, para os eventos, especialidades e procedimentos previstos, incluídos na taxa mensal definida em cláusula própria, sem qualquer ônus adicional ou acréscimo, respeitados os recursos e parâmetros de cada **Plano de Saúde**.



CONTRATADA: a **AMESP SAÚDE LTDA.**, que promoverá e se responsabilizará pelos serviços prestados na forma definida no presente Instrumento.

CONTRATANTE: a **ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DO SENAI** signatária deste Instrumento, que inscreverá seus associados e respectivos dependentes nos planos de saúde definidos neste Instrumento.

CORPO CLÍNICO: médicos e Especialistas que façam parte da rede própria, ou que se sejam credenciados pela **CONTRATADA**.

DOENÇA: alteração das condições de saúde dos **BENEFICIÁRIOS**, causadora de estado mórbido.

DOENÇA AGUDA: toda doença de instalação súbita, determinante de morbidade provisória, e passível de tratamento médico reversível, na maioria dos casos.

DOENÇA CONGÊNITA: toda doença com a qual o **BENEFICIÁRIO** já nasce, de caráter hereditário ou adquirida durante o período intra-uterino.

DOENÇA CRÔNICA: toda doença instalada em caráter mórbido irreversível, passível de atenuação de seus efeitos nas crises agudas, por tratamento médico.

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE: toda doença cuja origem seja anterior à vigência do presente Contrato.

DOENÇA PROFISSIONAL: patologia adquirida pelo **BENEFICIÁRIO** no ambiente de trabalho, ou em decorrência deste, produzida por agentes químicos, físicos, biológicos e/ou ergonômicos.

EMERGÊNCIA: é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

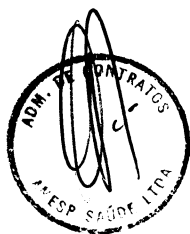
EVENTO: conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar, que tenham por origem ou consequência o mesmo dano involuntário à saúde do **BENEFICIÁRIO**, decorrente de doença ou acidente pessoal.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNOSE E LABORATORIAIS: procedimentos técnico-laboratoriais que são realizados por indicação do médico que assiste o **BENEFICIÁRIO**, para elucidar o diagnóstico.

EXCLUSÕES: **PROCEDIMENTOS**, serviços e **EVENTOS** não previstos ou não cobertos pelo presente Contrato, ou cobertos mediante o pagamento individualizado, na modalidade de serviços prestados.

INTERNAÇÃO: período no qual o **BENEFICIÁRIO** permanece hospitalizado.

INTERNAÇÃO CIRÚRGICA: a **INTERNAÇÃO** decorrente de **EVENTOS** que exigem ato ou intervenção cirúrgica.



INTERNACÃO CLÍNICA: a **INTERNACÃO** decorrente de **EVENTOS** cuja gravidade ou complexidade exigem a consequente hospitalização, sem exigir ato ou intervenção cirúrgica.

INTERNACÃO PROGRAMADA (ou **ELETIVA**): é a **INTERNACÃO** verificada em razão de **EVENTOS** não considerados de urgência ou emergência.

PAGAMENTO POR SERVIÇOS PRESTADOS: importância paga pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, pelos serviços prestados aos seus **BENEFICIÁRIOS**, que não estejam dentre aqueles cobertos pelo pagamento da taxa mensal, nos procedimentos e atendimentos definidos na cláusula 5ª do presente Contrato, e importância esta calculada com base na tabela própria da **CONTRATADA**, vigente à época da prestação de cada um daqueles serviços.

PLANO DE SAÚDE: Plano de Assistência Médica, escolhido dentre aqueles previstos na cláusula 8ª do presente Instrumento, com as **COBERTURAS, CARÊNCIAS, LIMITAÇÕES, REDE** de atendimento e características previstas, respeitados os parâmetros constantes do Manual de cada **Plano**. Os Planos definidos no presente Contrato são intitulados: “**EMPRESARIAL I-A/B/C**”, “**EMPRESARIAL II-A/B/C**”, “**MASTER**”, e “**TOP I**” e “**TOP II**”.

PROCEDIMENTOS: todos os atos praticados pelos integrantes do **CORPO CLÍNICO** da **CONTRATADA** com a finalidade de manter ou recuperar as condições de saúde do **BENEFICIÁRIO**, dentro das especialidades elencadas no presente Instrumento, e nos locais de atendimento da rede própria ou credenciada.

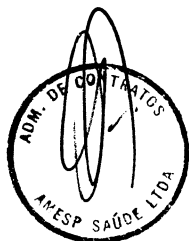
PROCEDIMENTOS NÃO ÉTICOS: aqueles **PROCEDIMENTOS** não permitidos pela Legislação vigente e pelo Conselho Federal de Medicina.

REDE CREDENCIADA: conjunto de prestadores de serviços médico-hospitalares formado pelos Hospitais, Laboratórios e Clínicas referidos nos Manuais de cada **Plano de Saúde**, autorizados pela contratada a prestarem aos **BENEFICIÁRIOS** os serviços e os **PROCEDIMENTOS** previstos no presente Instrumento, conforme as **COBERTURAS** definidas.

REDE PRÓPRIA: Hospitais, Centros Médicos e Laboratórios da **CONTRATADA** e que prestam aos **BENEFICIÁRIOS** os serviços e os **PROCEDIMENTOS** previstos no presente Instrumento, conforme as **COBERTURAS** definidas.

TAXA: Importância mensal paga pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, definida pelo número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos em cada **Plano de Saúde** escolhido, e que cobre todos os serviços e benefícios elencados nas cláusulas 3ª e 4ª do presente Contrato.

URGÊNCIA: é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.



DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

Cláusula 1ª- DO OBJETO

- 1.1. - A **CONTRATADA**, Empresa de Medicina de Grupo que é, e como tal operando os denominados Planos de Saúde, individuais ou coletivos, prestando os respectivos serviços através de meios de execução próprios, ou ainda mediante credenciamento de terceiros técnica e legalmente habilitados para tanto, se obriga a prestar ou garantir que sejam prestados, a todos os beneficiários cadastrados pela **CONTRATANTE** junto à **CONTRATADA**, titulares ou dependentes, doravante denominados **BENEFICIÁRIOS**, os serviços de assistência médico-hospitalar (medicina assistencial), na cidade de São Paulo e região da Grande São Paulo, além do atendimento de emergência, quando em trânsito, nas localidades definidas nos manuais de cada Plano de Saúde, na forma e nas condições especificadas neste Instrumento, mediante o modo misto de contraprestação, como especificado nas cláusulas **11ª** e **12ª** adiante.

Cláusula 2ª- DOS BENEFICIÁRIOS

- 2.1 - Serão considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos Associados (**Beneficiários Titulares**) da **CONTRATANTE**, assim como seus respectivos dependentes (**Beneficiários Dependentes**), ou seus Agregados (**Beneficiários Agregados**), desde que devidamente cadastrados junto à **CONTRATADA**.

- 2.2 - Consideram-se **BENEFICIÁRIOS**, para os fins e efeitos desse Contrato e da respectiva inclusão nos Planos de Saúde aqui definidos:

- 2.2.1.- **Beneficiário Titular:** os Associados da **CONTRATANTE**, devidamente comprovados.

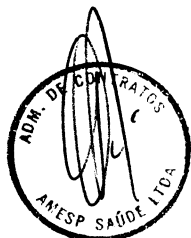
§ único: Os **Beneficiários Titulares** serão inscritos nos Planos de Saúde definidos neste Contrato, conforme a escolha, de acordo com a sua faixa etária, inclusive para fins de limitação, na época de inclusão. Os valores das taxas serão reajustados automaticamente na medida em que estes **Beneficiários Titulares** atinjam qualquer das faixas etárias determinadas no item referente às taxas, na cláusula **12ª** do presente Instrumento.

- 2.2.2.- **Beneficiários Dependentes:**

- 2.2.2.1.- a(o) esposa(o) do **Beneficiário Titular**;

- 2.2.2.2.- a(o) companheira(o) do **Beneficiário Titular**, na forma como legalmente previsto e comprovado, ou ainda com a(o) qual o **Beneficiário Titular** tenha, comprovadamente, filhos em comum;

- 2.2.2.3.- os Filhos(as) do **Beneficiário Titular** solteiros(as) até 21 (vinte e um) anos de idade incompletos, ou ainda os(as) filhos(as) comprovadamente inválidos(as) do **Beneficiário Titular**, de qualquer idade.



2.2.2.4.- os(as) tutelados(as) ou os(as) enteados(as) do **Beneficiário Titular**, de acordo com a respectiva comprovação por documento idôneo, respeitados os mesmos limites de idade do item **2.2.2.3.** retro;

2.2.3.- **Beneficiários Agregados:**

2.2.3.1.- **os Agregados:** Pai, Mãe, Filhos(as) solteiros maiores de 21 (vinte e um) anos, do **Beneficiário Titular**, sempre respeitadas as faixas etárias previstas para sua inclusão, que obedecerão faixas de valores constantes de tabela específica deste Contrato, e cujos valores serão reajustados automaticamente na medida em que estes **Beneficiários Agregados** atinjam qualquer das faixas etárias determinadas no item referente às taxas, na cláusula **12ª** do presente Instrumento.

§ único: Os **Beneficiários Agregados** somente poderão ser cadastrados na mesma categoria de Plano de Saúde escolhida pelo **Beneficiário Titular** respectivo, dentre aquelas previstas no presente Instrumento.

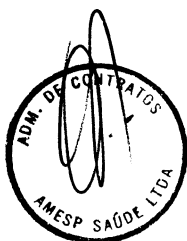
2.3 - Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir, a qualquer tempo, da **CONTRATANTE**, a comprovação da relação de dependência especificada nas cláusulas acima.

Cláusula 3ª- DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

Os **BENEFICIÁRIOS** regularmente inscritos junto à **CONTRATADA**, e mediante o pagamento de taxa mensal prevista nas cláusulas **11.1.2.**, **11.1.3.** e **12.8.1.** adiante, terão direito às seguintes coberturas:

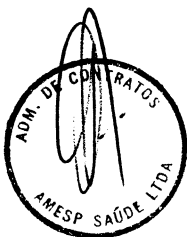
3.1 - **Consultas e Tratamentos Médicos**

3.1.1.- Os serviços médicos, gerais e especializados, serão efetuados em Centros Médicos da **CONTRATADA** ou em clínicas e consultórios credenciados. Faculta-se à **CONTRATANTE** e aos **Beneficiários** daquela o direito de livre escolha do médico de sua preferência, dentre aqueles que exerçam suas atividades no Corpo Clínico da **CONTRATADA** ou sejam por ela credenciados para tanto, mas observado, sempre, o que consta do Manual do Plano de Saúde a que pertencer cada **Beneficiário**, e os recursos ali definidos.



3.1.2.- As consultas e os serviços médicos, gerais e especializados, serão realizados nas seguintes especialidades:

- ➔ **ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA;**
- ➔ **ANESTESIOLOGIA;**
- ➔ **CARDIOPEDIATRIA CLÍNICA;**
- ➔ **CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO;**
- ➔ **CIRURGIA BUCO MAXILO-FACIAL;**
- ➔ **CIRURGIA DA MÃO;**
- ➔ **CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA;**
- ➔ **CIRURGIAS AMBULATORIAIS;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA CARDIOLÓGICA (Exceto Transplante);**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA GASTROENTEROLÓGICA;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA GERAL;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA GINECOLÓGICA;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA NEUROLÓGICA;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA OBSTÉTRICA;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA OFTALMOLÓGICA (Exceto Cir. p/ Correção de Miopia e Astigmatismo, além de Estrabismo Estético);**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA ONCOLÓGICA;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA (Exceto Ronco);**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA PEDIÁTRICA;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA PROCTOLÓGICA;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA TORÁCICA (Exceto Transplantes);**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA TRAUMATO ORTOPÉDICA;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA UROLÓGICA;**
- ➔ **CLÍNICA E CIRURGIA VASCULAR;**
- ➔ **CLÍNICA HEMATOLÓGICA;**
- ➔ **CLÍNICA MÉDICA;**
- ➔ **DERMATOLOGIA;**
- ➔ **DOENÇAS INFECCIOSAS;**
- ➔ **DOENÇAS PARASITÁRIAS;**
- ➔ **ENDÓCRINO PEDIATRIA;**
- ➔ **ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA;**
- ➔ **GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA;**
- ➔ **GERIATRIA;**
- ➔ **GINECOLOGIA PEDIÁTRICA;**
- ➔ **HEMATOPEDIATRIA;**
- ➔ **MASTOLOGIA;**
- ➔ **NEFROLOGIA;**
- ➔ **NEFROPEDIATRIA;**
- ➔ **NEUROPEDIATRIA CLÍNICA;**
- ➔ **ONCOPEDIATRIA;**
- ➔ **PNEUMOLOGIA;**
- ➔ **PNEUMOPEDIATRIA CLÍNICA;**
- ➔ **PSIQUIATRIA AMBULATORIAL;**
- ➔ **REUMATOLOGIA;**



J NA

3.1.3.- Seja qual for o Plano de Saúde escolhido pelo **Beneficiário**, não haverá limitação para o número de consultas realizadas na vigência deste Contrato, nas especialidades citadas na cláusula **3.1.2.** acima.

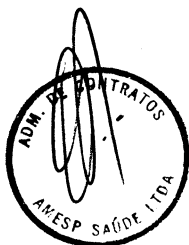
3.2 - Serviços Complementares de Diagnose / Tratamentos Especializados

3.2.1.- Serão realizados os **exames complementares** necessários e indispensáveis ao diagnóstico e **tratamentos** especializados, a critério exclusivo dos médicos da **CONTRATADA**, ou por ela credenciados, conforme o Manual do Plano a que pertencer cada um dos **BENEFICIÁRIOS**, dentre os seguintes procedimentos:

- ➔ **Amniocentese (exame do líquido amniótico);**
- ➔ **Anatomia Patológica e Citopatologia (biópsia, papanicolaou e outros, exceto necrópsia);**
- ➔ **Angiofluoresceinografia (exame contrastado dos vasos sanguíneos com fluorosceína);**
- ➔ **Angiografias (exame contrastado dos vasos sanguíneos);**
- ➔ **Angioplastia e tratamento com streptoquinase (técnica de desobstrução das artérias);**
- ➔ **Arteriografias (exame contrastado das artérias);**
- ➔ **Artroscopia (endoscopia das articulações);**
- ➔ **Audiometria (teste de nível de audição);**
- ➔ **Biópsia aspirativa transcutânea (retirada de um fragmento da pele);**
- ➔ **Biópsia com imonofluorescência (retirada de um fragmento do corpo e estudo com contraste);**
- ➔ **Broncografia (exame radiológico contrastado dos brônquios);**
- ➔ **Campimetria (campo visual);**
- ➔ **Cardiotocografia (estudo da dinâmica fetal);**
- ➔ **Cavernosografia (exame radiológico contrastado do pênis);**
- ➔ **Cineangiocoronariografia (exame radiológico contrastado das artérias coronarianas);**
- ➔ **Cintilografia (mapeamento de órgãos);**
- ➔ **Cistoscopia (exame da bexiga por via endoscópica);**
- ➔ **Cobaltoterapia, acelerador linear e betaterapia (tratamento por radiação);**
- ➔ **Colangiografia retrógrada endoscópica (exame radiológico contrastado das vias biliares por endoscopia);**
- ➔ **Colangiografia (exame radiológico contrastado das vias biliares);**
- ➔ **Colonoscopia (exame endoscópico do cólon);**
- ➔ **Colpocitologia oncológica (papanicolaou);**
- ➔ **Colposcopia (exame do colo do útero);**
- ➔ **Densitometria óssea (avaliação da massa óssea);**
- ➔ **Diálises (técnica de filtração do sangue);**
- ➔ **Doppler peniano (exame ecográfico do pênis);**
- ➔ **Ecocardiografia (exame ecográfico do coração);**
- ➔ **Eletrocardiografia (eletrocardiograma);**
- ➔ **Eletrocardiografia dinâmica (sistema holter);**
- ➔ **Eletrococleografia (exame elétrico das vias nervosas do ouvido);**
- ➔ **Eletroneuromiografia (exame elétrico dos nervos e/ou dos músculos);**
- ➔ **Endoscopia Digestiva e Respiratória (endoscopia do tubo digestivo e do aparelho respiratório);**



- ➔ **Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia do esôfago, estômago e duodeno);**
- ➔ **Estudo Urodinâmico (estudo do funcionamento do rim);**
- ➔ **Exame de Laboratório de Análises Clínicas (sangue, urina, fezes e outros);**
- ➔ **Exame de Líquor (exame do líquido cefaloraquidiano);**
- ➔ **Exame Neuro Oftalmológico (testes neurológicos relacionados aos olhos);**
- ➔ **Exame Otoneurológico (testes neurológicos relacionados aos ouvidos);**
- ➔ **Exames e testes alergológicos (testes para alergia);**
- ➔ **Exames e testes oftalmológicos (testes relacionados aos olhos);**
- ➔ **Exames e testes otorrinolaringológicos (testes relacionados aos ouvidos, nariz e garganta);**
- ➔ **Exames radiológicos (exames de raio x);**
- ➔ **Facectomia (sem implante) - (retirada do cristalino sem a colocação de lente intraocular);**
- ➔ **Fisioterapia (exceto nos casos de Invalidez Definitiva);**
- ➔ **Fluxometria (estudo da circulação fetal) ;**
- ➔ **Fonoaudiologia - somente para beneficiários de até 12 anos incompletos (tratamento com fonoaudióloga);**
- ➔ **Fotocoagulação (tratamento dos vasos da retina);**
- ➔ **Fundoscopia (exame do fundo do olho);**
- ➔ **Hemodiálise (técnica de filtragem do sangue);**
- ➔ **Histeroscopia (tipo de endoscopia do útero);**
- ➔ **Impedanciometria (exame elétrico da audição) ;**
- ➔ **Inaloterapia (tratamento por inalação);**
- ➔ **Iodoterapia (tratamento com iodo);**
- ➔ **Laparoscopia (exame endoscópico do abdome);**
- ➔ **Litotripsia extra Corpórea (técnica de explosão de cálculos);**
- ➔ **Mamografia (exame radiológico das mamas);**
- ➔ **Mapa (mapeamento ambulatorial da pressão arterial);**
- ➔ **Mapeamento de Retina (estudo radiológico contrastado da retina);**
- ➔ **Mielografia (exame radiológico contrastado da medula-espinhal);**
- ➔ **Ortóptica (testes para os olhos);**
- ➔ **Provas de Função Pulmonar (testes de avaliação do funcionamento dos pulmões);**
- ➔ **Psicologia - somente em Grupo e somente para beneficiários de até 12 anos incompletos (tratamento com psicólogo(a));**
- ➔ **Quimioterapia (tratamento com drogas anti-câncer);**
- ➔ **Radioimunoensaio (técnica de exame laboratorial);**
- ➔ **Radioterapia (somente Cobalto, Beta e Acelerador Linear);**
- ➔ **Renograma (estudo dos rins);**
- ➔ **Ressonância (exame radiológico por ressonância nuclear magnética);**
- ➔ **Retinopexia / Vitrectomia "pars plana" (cirurgia da retina e do vítreo);**
- ➔ **Teste Ergométrico (teste para avaliação do coração);**
- ➔ **Tomografia Computadorizada (estudo radiológico computadorizado);**
- ➔ **Transplante de Córnea (respeitado o disposto na cláusula 3.2.2. a seguir);**
- ➔ **Vulvoscopia (exame da vulva);**
- ➔ **Yag laser (tratamento por este tipo de laser);**



J NA

- 3.2.2.-** Especificamente quanto ao Transplante de Córnea, serão respeitados os parâmetros definidos pelo Banco de Olhos, principalmente quanto ao período de espera, inclusive; pela legislação pertinente; e pelos órgãos públicos competentes; ressalvando que não haverá cobertura para os procedimentos relacionados aos eventuais doadores, em qualquer caso.
- 3.2.3.-** Seja qual for o Plano de Saúde escolhido pelo **Beneficiários**, não haverá limitação quantitativa para os exames e procedimentos realizados na vigência deste Contrato, dentre aqueles listados no item **3.2.1.** acima, desde que solicitados pelo Corpo Clínico da **CONTRATADA**.

3.3. - Outros Tratamentos:

Os **Beneficiários** devidamente cadastrados terão direito às coberturas para os atendimentos nas seguintes especialidades, e conforme as especificações abaixo descritas:

3.3.1.- Moléstias Infecto-Contagiosas e de Notificação Compulsória:

Os **BENEFICIÁRIOS** devidamente cadastrados junto **CONTRATADA**, respeitados os recursos do Plano de Saúde ao qual estiverem filiados, e as exclusões e condições previstas na cláusula **5ª** do presente Contrato, terão direito à cobertura e assistência médico-hospitalar nos casos de doenças **infecto-contagiosas** e de **notificação compulsória** a seguir relacionadas:

- ⇒ **Cólera;**
- ⇒ **Dengue;**
- ⇒ **Difteria;**
- ⇒ **Doença de Chagas;**
- ⇒ **Encefalite pós Sarampo;**
- ⇒ **Encefalite virótica (Arbovírus);**
- ⇒ **Esquistossomose;**
- ⇒ **Febre Amarela;**
- ⇒ **Febre Purpúrica;**
- ⇒ **Febre Tifóide;**
- ⇒ **Filariose;**
- ⇒ **Hepatite B;**
- ⇒ **Hepatite Infecciosa;**
- ⇒ **Intercorrências/Agudizações relacionadas à A.I.D.S.;**
- ⇒ **Leishmaniose Mucosa;**
- ⇒ **Leishmaniose Visceral;**
- ⇒ **Leishmanioses Cutânea;**
- ⇒ **Leptospirose;**
- ⇒ **Malária;**
- ⇒ **Oncocercose;**
- ⇒ **Peste Bubônica**
- ⇒ **Poliomielite;**
- ⇒ **Raiva humana**
- ⇒ **Rubéola;**
- ⇒ **Sarampo;**
- ⇒ **Sífilis Congênita;**



✓ MA

- ➔ **Síndrome de Rubéola Congênita;**
- ➔ **Tétano;**
- ➔ **Tracoma;**
- ➔ **Variola.**

3.3.2.-Hemoterapia:

Na eventualidade dos **BENEFICIÁRIOS** devidamente cadastrados junto à **CONTRATADA**, titulares ou dependentes, necessitarem de utilização de sangue ou seus derivados, a **CONTRATADA** se responsabilizará por tais procedimentos, cobrindo todas as despesas procedimentais com sangue, plasma ou derivados, sem nenhum ônus para a **CONTRATANTE**, sendo recomendável a reposição do sangue utilizado pelos **Beneficiários, através de doações**, de acordo com as normas do Banco de Sangue, e sob a responsabilidade do próprio **Beneficiário**.

3.3.3.-Demais Serviços Médicos com Cobertura:

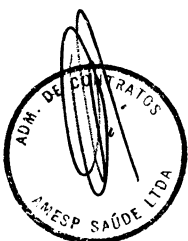
Haverá a cobertura, pela **CONTRATADA**, dentro dos serviços incluídos no pagamento da taxa mensal especificada nos itens **11.1.2.**, **11.1.3.** e **12.8.1** do presente Instrumento, das próteses intraoperatórias, e dos procedimentos clínicos respectivos, exceção feita às próteses cardíacas, inclusive “marca-passo”, e à prótese “coxo-femural total”.

3.3.3.1.- Com relação aos **Beneficiários** optantes pelo Planos “**TOP I**” e “**TOP II**”, de acordo com descritivo constante da cláusula **8ª** adiante, e de forma exclusiva, haverá a cobertura dos procedimentos médico-hospitalares relacionados à utilização das próteses cardíacas, inclusive “marca-passo”, e da prótese “coxo-femural total”, sendo de responsabilidade dos próprios **Beneficiários** a aquisição do aparelho de prótese em si mesmo.

3.4 - Atendimentos de Urgência - Pronto Socorro

Os **Beneficiários** devidamente cadastrados na **CONTRATADA** terão cobertura para atendimentos de urgência/ emergência comprovada, nos serviços próprios e nos credenciados pela **CONTRATADA**, observados, sempre, os recursos definidos e o que consta do Manual do Plano a que pertencer cada **Beneficiário**. Este atendimento estará disponível 24(vinte e quatro) horas por dia na rede indicada no Manual de cada Plano, e prevê os seguintes serviços:

- a) Consultas e Serviços de Ambulatório nas urgências e emergências;
- b) Atendimento em Ortopedia e Traumatologia nas urgências e emergências;
- c) Medicamentos e Materiais utilizados nos atendimentos de urgência, e emergência, administrados ou utilizados no próprio Pronto-Socorro;



- d) atendimentos Médicos de urgência e emergência, clínicos ou cirúrgicos;
- e) Atendimento em caso de Acidentes Pessoais, exceto nos casos de Acidente do Trabalho;
- f) Internações originadas de atendimentos de urgência e emergência, respeitado o disposto na cláusula 9ª, item 9.1., do presente Contrato.

3.5 - Hospitalizações / Internações

A assistência hospitalar, clínica ou cirúrgica, inclusive obstétrica, compreenderá os serviços abaixo, incluindo a cobertura das respectivas despesas com :

3.5.1.- Internação nos hospitais indicados pela **CONTRATADA**, constantes no respectivo Manual, a critério exclusivo de seu Corpo Clínico, sem limite de tempo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por ano, inclusive U.T.I., em todas as especialidades previstas neste Instrumento.

§ único: Os padrões de acomodação, nas internações, são aqueles estabelecidos no Manual do Plano ao qual pertencer o **Beneficiário**.

3.5.2.- Médicos, clínicos e/ou cirurgiões e seus assistentes, anestesista, obstetra, neonatologista, serviços de enfermagem e monitorização, entre outros, sempre através de integrantes da equipe de profissionais da **CONTRATADA** ou por ela exclusivamente indicados.

3.5.3.- Diárias Hospitalares do paciente internado, taxas de sala de cirurgia, de parto e de anestesia, esta última conforme indicada pelo Corpo Clínico da **CONTRATADA**.

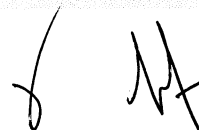
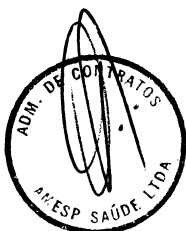
3.5.4.- Materiais, medicamentos e oxigenoterapia utilizados durante a internação.

3.5.5.- Procedimento terapêutico e exames complementares de diagnóstico, durante a internação.

3.6 - Assistência ao Parto e ao Recém-Nascido

Serão Cobertos :

3.6.1.- Diagnóstico de gravidez, exames de orientação pré-natal periódicos, atendimento hospitalar e ambulatorial nas intercorrências gestacionais e suas complicações, assistência ao parto normal ou cirúrgico, assistência à puerpera e ao recém-nascido.



3.6.2.- Havendo opção por obstetra particular, os honorários médicos, compreendendo não apenas os honorários daquele profissional, como também os honorários médicos dos demais profissionais clínicos envolvidos no procedimento, tais como pediatra, neonatologista, vascular, ou qualquer outro que efetivamente tenha sua participação definida no procedimento de parto como um todo, além do anestesista e das taxas administrativas hospitalares, serão pagas pelo **BENEFICIÁRIO**, sem direito à qualquer reembolso, com exceção dos **BENEFICIÁRIOS** que optarem pelos Planos de Saúde “**TOP I**” ou “**TOP II**”, que terão reembolsos conforme estabelecido nas condições destes Planos, na cláusula **8ª** do presente Instrumento.

§ primeiro: nos casos em que o parto ocorrer na Rede Própria da **CONTRATADA** o **BENEFICIÁRIO** se responsabilizará apenas pelos honorários médicos devidos ao profissional obstetra por ele escolhido, além da taxa administrativa consequente.

§ segundo: as diárias hospitalares sempre terão cobertura, mesmo no caso da escolha por obstetra particular, desde que respeitado o padrão de acomodação e os recursos previstos no Manual do Plano ao qual pertencer o **BENEFICIÁRIO**.

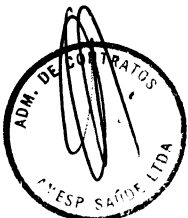
3.6.3.- Assistência ao recém-nascido, nos hospitais e maternidades indicados pela **CONTRATADA**, constantes no respectivo Manual do Plano no qual esteja cadastrado o **Beneficiário Titular**, durante o período máximo de 15 (quinze) dias contados à partir do nascimento, desde que o **Beneficiário Titular** tenha cumprido todas as carências previstas no presente Instrumento. Após o prazo de 15 (quinze) dias acima referido, a assistência médico-hospitalar continuará a ser prestada normalmente, desde que o **Beneficiário Titular** promova a inscrição do recém-nascido, na qualidade de dependente, conforme especificado na Cláusula **6.7.** do presente Contrato.

§ único: No caso específico dos recém-nascidos, netos do **Beneficiário Titular**, filhos(as) de suas **Dependentes** solteiras, conforme cláusulas **2.2.2.3.**, **2.2.2.4.** e **2.2.3.1.** deste Instrumento, cujo parto seja realizado nos hospitais e maternidades indicados nos Manuais de cada Plano de Saúde, os mesmos, após os 15 (quinze) dias contados de seu nascimento, perderão direito à assistência referida na presente cláusula, passando a correr por conta exclusiva do próprio **Beneficiário**, ou de quem suas vezes fizer, as despesas decorrentes do atendimento àquele recém-nascido.

3.7. - Acidentes

3.7.1.- Serão atendidos todos os **BENEFICIÁRIOS** acidentados, exceto aqueles cujos procedimentos forem originados de Acidente do Trabalho.

3.7.2.- O atendimento aqui previsto será prestado na forma como previsto na cláusula **3.4.** acima.



3.8. - Remoções

- 3.8.1.-** Serão de responsabilidade da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para a **CONTRATANTE**, as remoções solicitadas pelo seu próprio Corpo Clínico, entre sua rede hospitalar própria e credenciada, respeitado o quanto dispõe a cláusula **9ª**, item **9.1.** do presente Contrato, estando restrito este serviço à cidade de São Paulo e região compreendida como Grande São Paulo .

3.9. - Serviços Adicionais

Serão realizados :

- 3.9.1.-** Exames clínicos de avaliação para cadastramento na **CONTRATADA**, sendo que estes exames não contemplam a **Norma Regulamentadora nº7 (NR-7 - Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional-P.C.M.S.O.)**

§ único: Os exames admissionais realizados pela **CONTRATANTE**, que contemplem a **NR-7**, poderão substituir os exames clínicos de avaliação para cadastramento na **CONTRATADA** .

- 3.9.2.-** Na eventual necessidade de exames e pesquisas laboratoriais complementares, decorrentes dos exames clínicos de avaliação, a **CONTRATADA** poderá realizá-los desde que seja, para isso, expressamente autorizada pela **CONTRATANTE**, a quem incumbirá o respectivo pagamento, de cada um dos serviços prestados, conforme os valores vigentes na ocasião, de acordo com a tabela da **CONTRATADA**.

§ único: Em complemento aos exames de avaliação para cadastramento na **CONTRATADA**, ou mesmo em complemento ao exame pré-admissional da **NR-7**, só poderão ser realizados exames previstos na legislação pertinente ao **P.C.M.S.O.** quando solicitados pelo Médico examinador, e apenas após a autorização expressa da **CONTRATANTE**.

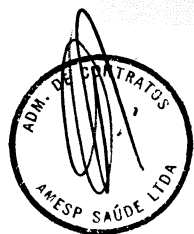
- 3.9.3-** O **Beneficiário** que não for cadastrado pela **CONTRATANTE**, junto à **CONTRATADA**, no prazo de até 30 (trinta) dias após a realização do exame de avaliação, previsto no item **3.9.1.** do presente, terá seu exame cobrado em fatura, no mês subsequente ao de seu efetivo cadastramento.

§ único: no caso dos **Beneficiários Agregados**, previstos na cláusula **2.2.3.** deste Contrato, os mesmos terão os exames clínicos de avaliação cobrados, em qualquer caso, no ato da realização dos mesmos.

3.10. - Da Medicina Preventiva

Serão realizados:

- 3.10.1.-** Exames pré-natais ;
3.10.2.- Exames Pré- Nupciais ;



3.10.3.- Exames de Prevenção do câncer de Colo Uterino ;

3.10.4.- A **CONTRATADA** se responsabilizará pela aplicação de cursos, palestras seminários e campanhas voltados à Medicina Preventiva, na sede da **CONTRATANTE** ou em locais previamente divulgados e determinados, além da veiculação de folhetos e materiais educativos relativos ao assunto, nas áreas e na forma como a seguir descritos:

- a. **Educação em prevenção de doenças**
- b. **Tabagismo**
- c. **Doenças Sexualmente transmissíveis**
- d. **Hipertensão arterial e fatores de risco coronariano**
- e. **Diabetes**
- f. **Obesidade**
- h. **Stress**
- i. **Higiene Pessoal**
- j. **Doenças Digestivas**
- l. **Doenças da Coluna**
- m. **Alergias e Doenças Pulmonares**
- n. **Uso de medicação crônica**
- o. **Primeiros Socorros**
- p. **Riscos Ocupacionais**
- q. **Palestras determinadas pela Legislação Trabalhista**
- r. **E ainda, temas de interesse atual, relativos à Medicina Preventiva**

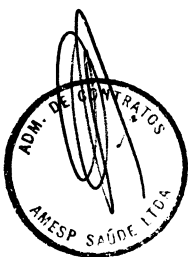
3.11.- Todos os serviços, procedimentos e tratamentos previstos na presente cláusula **3ª**, e seus sub-ítems, encontram-se cobertos através do pagamento, pela **CONTRATANTE**, da taxa mensal definida na cláusula **12.8.1** do presente Instrumento, em conformidade com o que estabelecem, também, as cláusulas **11.1.2.** e **11.1.3.** deste Contrato.

Cláusula 4ª- OUTROS BENEFÍCIOS:

4.1.- REMISSÃO POR FALECIMENTO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

4.1.1.-No caso do falecimento do **Beneficiário Titular**, na vigência deste Contrato, a **CONTRATADA** assegurará aos **Beneficiários Dependentes** daquele, devidamente cadastrados junto à **CONTRATADA**, a **CONTINUIDADE** das coberturas objeto do Plano de Saúde contratado, no qual estavam cadastrados aqueles dependentes, pelo prazo de 02 (dois) anos, condicionado este benefício à vigência do presente Contrato, sem qualquer ônus ou acréscimo, respeitadas as seguintes condições:

- a) na data do falecimento do **Beneficiário Titular**, o mesmo, bem como seus dependentes, estejam devidamente cadastrados junto à **CONTRATADA**, sendo que o **Titular** por pelo menos 02 (dois) anos;



b) o falecimento tenha ocorrido antes que o **Beneficiário Titular** tenha completado 69 (sessenta e nove) anos de idade, e não tenha ocorrido devido à ação, condição ou situação prevista neste Instrumento como cláusula excludente da cobertura objeto do Plano de Saúde (cláusula 5ª);

c) o **Beneficiário Titular**, na data do falecimento, já tenha cumprido todas as eventuais carências relativas ao evento causador de sua morte.

4.1.2.-Para os benefícios decorrentes desta cobertura adicional, consideram-se como **Beneficiários Dependentes** elegíveis, exclusivamente, o cônjuge ou o(a) companheiro(a) que tenha enviuvado, e os(as) filhos(as) solteiros(as) dependentes, ou ainda, os filhos inválidos, de qualquer idade, conforme determinado no presente Contrato.

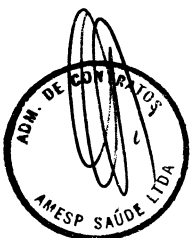
4.1.3.-Os **Beneficiários Dependentes** desta cobertura adicional, que na data do falecimento do usuário titular, estiverem cumprindo os períodos de carência previstos no presente Instrumento, terão a cobertura do Plano de Saúde para os respectivos eventos, à medida que concluírem aqueles prazos de carência.

4.1.4.-Durante o período de vigência desta cobertura, os **Beneficiários Dependentes** que vierem a perder a condição de dependência, seja por questão de idade, casamento, término de condição legal, ou outra das formas previstas neste Instrumento, serão automaticamente excluídos do Plano de Saúde em que estiverem cadastrados, encerrando-se, automaticamente, o benefício ora referido.

§ único: no caso da ocorrência da rescisão do presente Contrato, por qualquer dos motivos previstos neste Instrumento, estarão automaticamente encerradas as concessões referentes à este benefício, excluindo-se também os eventuais **Beneficiários Dependentes** à partir da efetiva rescisão.

4.1.5.-Para a concessão deste benefício, a **CONTRATANTE** deverá solicitar por escrito, à **CONTRATADA**, a manutenção em cadastro dos **Beneficiários Dependentes** do **Titular** falecido, em no máximo 30 (trinta) dias contados da data do óbito, sob pena de perda total do Direito à este benefício, anexando à esta solicitação o Aviso de Sinistro, uma cópia da Ficha de Registro do **Beneficiário Titular** e cópia autenticada da Certidão de Óbito.

4.1.6.-Este benefício não se aplica aos **Beneficiários Titulares** que mantenham com a **CONTRATANTE** vínculo de trabalho, e não de emprego, como os estagiários, autônomos, consultores, ou funcionários demitidos que permaneçam cadastrados por acordo entre as partes contratantes, bem como aos funcionários residentes em regiões diversas da Grande São Paulo, entre outros.



✓ MA

4.2.-

BENEFÍCIO EMERGENCIAL POR FALECIMENTO DO TITULAR:

4.2.1.-No caso de falecimento do **Beneficiário Titular**, na vigência do Plano de Saúde, seu cônjuge ou, na falta deste, outros **Beneficiários Dependentes** diretos devidamente cadastrados na **CONTRATADA**, será(ão) elegível(is) à um benefício equivalente a 10 (dez) vezes a última taxa mensal individual paga, calculada de acordo com o **I.D.** vigente (cláusula 12.8.2.), referente ao próprio **Beneficiário Titular**, respeitadas as seguintes condições :

a) o falecimento tenha ocorrido antes do **Beneficiário Titular** ter completado 69(sessenta e nove) anos de idade, e não tenha ocorrido devido a ação, condição ou situação prevista neste Instrumento, como cláusula excludente da cobertura objeto do Plano de Saúde (cláusula 5ª);

b) o **Beneficiário Titular**, na data do falecimento, já tenha cumprido todos os períodos de carência relativos ao evento causador de sua morte.

4.2.2.-Incumbirá à **CONTRATANTE** a comunicação do óbito do **Beneficiário Titular** à **CONTRATADA**, solicitando por escrito o pagamento deste benefício, aos **Beneficiários Dependentes** do **Titular** falecido, em no máximo 30 (trinta) dias contados da data do óbito, sob pena de perda total do Direito à este benefício, anexando à esta solicitação o Aviso de Sinistro, uma cópia da Ficha de Registro do **Beneficiário Titular** e cópia autenticada da Certidão de Óbito.

§ único: O pagamento do benefício previsto na presente cláusula será quitado através de cheque nominal à **CONTRATANTE** ou ao próprio **Beneficiário Dependente** elegível, e no primeiro caso a **CONTRATANTE** deverá promover o pagamento ao **Beneficiário** elegível, conforme item 4.2.1. .

4.3.-

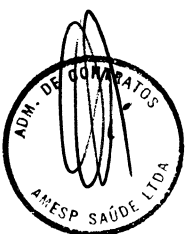
BENEFÍCIO TEMPORÁRIO POR INTERNAÇÃO DO USUÁRIO TITULAR

4.3.1.-Nos casos de internação hospitalar do **Beneficiário Titular** na Rede Própria da **CONTRATADA**, ao mesmo será devido um Benefício Diário, do 5º (quinto) ao 15º (décimo-quinto) dia de internação hospitalar ininterrupta, e o valor diário deste benefício será equivalente à última taxa mensal individual paga, calculada de acordo com o **I.D.** vigente (cláusula 12.8.2.), referente ao próprio **Beneficiário Titular**, respeitadas as seguintes condições:

a) a internação não seja decorrente de eventos cuja cobertura esteja incluída na cláusula 5ª deste Instrumento (exclusões);

b) este Contrato esteja em vigor e o **Beneficiário Titular** inscrito na **CONTRATADA**.

4.3.2.-O pagamento do benefício será solicitado à **AMESP SAÚDE LTDA.**, após a alta do paciente, devendo para tanto serem encaminhados à **CONTRATADA** a comprovação de internação dada pelo Hospital, data de entrada e saída do paciente internado, diagnóstico e comprovação de que é **Beneficiário Titular**, junto à **CONTRATADA**.



4.3.3.-A CONTRATADA efetuará o pagamento do benefício através de cheque nominal à **CONTRATANTE** ou ao próprio **Beneficiário** - e no primeiro caso a **CONTRATANTE** deverá promover o pagamento ao **Beneficiário** elegível - no prazo máximo de até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento da documentação mencionada no item **4.3.2.** .

4.3.4.-Todas as solicitações relativas a este benefício, somente serão válidas, desde que feitas em até 30 (trinta) dias contados da data da alta do paciente, momento a partir do qual, os **Beneficiários** perderão o direito ao benefício.

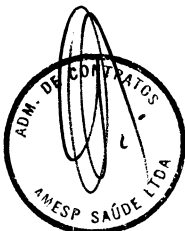
4.4. - EMPRÉSTIMO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES

4.4.1.-Nos casos de necessidade comprovada, aferida conforme prescrição médica emanada dos médicos integrantes do Corpo Clínico da **CONTRATADA**, esta colocará à disposição dos **BENEFICIÁRIOS**, pelo período máximo de 60 (sessenta) dias para cada empréstimo, os Equipamentos Hospitalares respectivos, sem qualquer ônus para a **CONTRATANTE** ou para os **BENEFICIÁRIOS**, ressalvado o disposto no **§ primeiro** da cláusula **4.4.2.** a seguir.

4.4.2.-Compreendem-se dentre os equipamentos passíveis do empréstimo aqui referido os seguintes aparelhos: Andador Articulado em alumínio; Aspirador de Secreções portátil (01 litro); Cadeira de Rodas para banho em ferro, com braços removíveis e apoio para os pés fixo; Cadeira de Rodas Dobrável, com pés e braços fixos, em courvim; Cadeira de Rodas Fixa, com pés e encosto reguláveis; Cadeira de Rodas Dobrável, com pés reguláveis individualmente e braços removíveis; Muletas em alumínio, axilar ou canadense; Inalador elétrico a ar comprimido, portátil; Camas hospitalares tipo "Fawler", com manivelas, colchão hospitalar e grades laterais.

§ primeiro: Com relação às camas hospitalares, as mesmas serão entregues, após a devida solicitação, assim como retiradas, ao final do período de empréstimo, na residência do **BENEFICIÁRIO**, sem qualquer ônus, limitada esta entrega e retirada às seguintes localidades do Estado de São Paulo: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Osasco, Guarulhos, Barueri e São Paulo. Para as demais localidades, o valor do frete referente à entrega e retirada das camas hospitalares será previamente acertado entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**.

§ segundo: Em relação aos demais equipamentos mencionados nesta cláusula, a responsabilidade pela retirada e devolução dos mesmos, nas unidades da **CONTRATADA**, definidas nos Manuais de cada Plano de Saúde, será de responsabilidade da **CONTRATANTE** ou do próprio **BENEFICIÁRIO**.



J. N. A.

4.4.3.-Os BENEFICIÁRIOS, e solidariamente a **CONTRATANTE**, responderão pela manutenção e uso correto dos equipamentos dados em empréstimo, responsabilizando-se pelo ressarcimento dos danos eventualmente causados aos referidos equipamentos por mau uso ou por uso inadequado dos mesmos.

4.4.4.-Para a efetivação do empréstimo aqui definido a **CONTRATANTE** deverá solicitar à **CONTRATADA**, através de formulário próprio fornecido por esta última, juntamente com a solicitação do médico que houver atendido ao **BENEFICIÁRIO**, a disponibilização do equipamento correspondente, e por ocasião da entrega do equipamento, que se realizará no máximo em 72(setenta e duas) horas, contadas do recebimento do formulário de solicitação, **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO** assinarão termo de responsabilidade sobre o equipamento, onde conste o prazo e condições de devolução dos mesmos.

4.5. Todos os benefícios previstos na presente cláusula **4ª** encontram-se cobertos através do pagamento de taxa mensal pela **CONTRATANTE**, nos moldes do que prevêm as cláusulas **11.1.2.**, **11.1.3.** e **12.8.1.** do presente Instrumento.

Cláusula 5ª - DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA MEDIANTE O PAGAMENTO DA TAXA MENSAL, ou DISPONIBILIZADOS MEDIANTE PAGAMENTO POR SERVIÇOS PRESTADOS

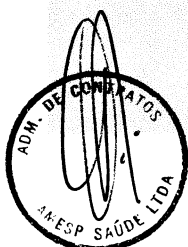
5.1 - Dos Serviços EXCLUÍDOS do Contrato:

Não se encontram compreendidos nos serviços contratados, expressamente, os atendimentos nos seguintes casos: **Procedimentos Não Éticos; Atendimentos nos casos de calamidades, conflitos, revoluções, guerras, epidemias e similares; quaisquer Medicamentos ou Materiais prescritos em consultórios para tratamento ambulatorial; Tratamentos, Atendimentos e quaisquer Procedimentos realizados em locais diversos dos definidos na rede própria ou credenciada, conforme os respectivos Manuais de cada Plano de Saúde.**

5.2 - Dos Serviços com Cobertura Mediante Pagamento por Serviços Prestados :

Os atendimentos e os Procedimentos a seguir relacionados, embora não compreendidos entre aqueles cobertos mediante o pagamento da taxa mensal prevista na cláusula **12.8.1.** do presente Instrumento, serão prestados pela **CONTRATADA**, a seu critério, em locais por ela indicados, desde que mediante prévia autorização da **CONTRATANTE**, e desde que mediante o pagamento adicional e individualizado, por parte da **CONTRATANTE**, de cada um dos procedimentos envolvidos, conforme os preços da tabela da **CONTRATADA** vigentes à época da ocorrência, ou ainda, através da confecção de Aditamento(s) Contratual(is) específicos que prevejam a sua cobertura:

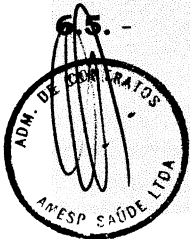
- ➔- **Acidentes do Trabalho;**
- ➔- **Acidentes e lesões provocadas por ingestão de bebidas alcoólicas ou drogas;**



- ➔- **AIDS e suas consequências (exceto nas intercorrências);**
- ➔- **Atendimentos domiciliares, e as Remoções de pacientes localizados fora da Rede Própria ou Credenciada pela CONTRATADA;**
- ➔- **Cirurgia plástica embelezadora;**
- ➔- **Internações em caso de senilidade;**
- ➔- **Materiais de prótese, síntese e órtese, inclusive cardíacas, marca-passo e prótese "coxo-femural total", respeitado o disposto na cláusula 3.3.3. deste Instrumento;**
- ➔- **Moléstias Profissionais;**
- ➔- **Novas técnicas de diagnóstico e tratamento que venham a ser implantadas após a assinatura do presente contrato;**
- ➔- **P.C.M.S.O. (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional);**
- ➔- **Procedimentos de natureza estética;**
- ➔- **Reabilitação e recuperação da invalidez definitiva (inclusive Fisioterapia);**
- ➔- **Sonoterapia;**
- ➔- **Tentativa de suicídio;**
- ➔- **Transplantes, implantes, e os atos preparatórios desses procedimentos - à exceção dos Transplantes de Córnea - inclusive com relação aos eventuais doadores, em qualquer caso;**
- ➔- **Tratamento de impotência sexual;**

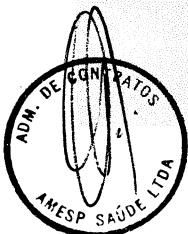
Cláusula 6ª - DA INSCRIÇÃO, DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

- 6.1 -** A **CONTRATANTE** inscreverá todos os **BENEFICIÁRIOS** titulares e dependentes através de formulários (**Relação Inicial de Cadastro - R.I.C.**) a serem fornecidos pela **CONTRATADA**, antes do início da vigência deste Contrato, em prazo estipulado de comum acordo, sendo que tais formulários e suas alterações posteriores farão parte integrante do presente Contrato.
- 6.2 -** Para fins de cadastramento e faturamento, deverá a **CONTRATANTE** informar à **CONTRATADA**, através dos boletins e formulários indicados no sub-ítem **6.1**, até o último dia útil de cada mês, todas as inclusões, exclusões e alterações ocorridas no período.
- 6.3 -** As faturas serão emitidas utilizando, para efeito de contagem dos **BENEFICIÁRIOS**, os dados contidos no cadastro da **CONTRATADA** no último dia útil do mês imediatamente anterior ao da prestação de serviços, sendo acrescentados nas faturas todas as inclusões ocorridas no mês anterior.
- 6.4 -** No caso de não cumprimento do previsto no item **6.2** retro, a **CONTRATADA** faturará pelo número de **BENEFICIÁRIOS** existentes no cadastro até a data limite em que a **CONTRATANTE** deveria cumprir a obrigação mencionada no item **6.2**.
- 6.5 -** O **BENEFICIÁRIO** afastado temporariamente da **CONTRATANTE**, durante a vigência deste contrato, somente terá direito a utilizar os serviços médicos da **CONTRATADA** caso a **CONTRATANTE** o mantenha vinculado ao contrato, mediante o pagamento mensal da competente taxa, respeitadas as normas deste documento, considerando-se como afastamento temporário, para efeito deste contrato, os casos de auxílio-doença.



✓ NA

- 6.6.-** A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA**, quando esta julgar necessário, documentos comprobatórios de seu quadro associativo.
- 6.7. -** A inclusão de recém-nascido como dependente, não sujeito a carência para atendimento, deverá ser realizada até o prazo máximo de **30 (trinta)** dias após o nascimento. Uma vez decorrido este prazo, estará aquele dependente sujeito às carências para internação clínica e cirúrgica, por um prazo de 180 (cento e oitenta) dias.
- § primeiro:** O prazo especificado na presente cláusula diz respeito ao cadastramento e dispensa das carências com relação ao recém-nascido, sendo certo que, mesmo dentro do prazo estipulado, e enquanto não houver o efetivo cadastramento do dependente, as despesas originadas com qualquer procedimento dispensado ao mesmo correrão por conta da **CONTRATANTE**.
- § segundo:** Respeitado o quanto previsto na cláusula **3.6.3.** retro, após o 15º (décimo-quinto) dia contado a partir do nascimento, e até que seja efetuado o cadastramento do recém-nascido, correrão por conta da **CONTRATANTE** as despesas originadas no atendimento àquele.
- 6.8. -** As despesas decorrentes do atendimento prestado ao **BENEFICIÁRIO** que deixou de pertencer aos quadros associativos da **CONTRATANTE**, cuja exclusão não tenha sido regularmente comunicada à **CONTRATADA**, juntamente com a imediata devolução da cédula de identificação daquele **BENEFICIÁRIO**, serão integralmente suportadas pela própria **CONTRATANTE**.
- 6.9. -** Para fins de cálculo, será considerado como data de exclusão do **Beneficiário Titular**, o mês de seu desligamento da **CONTRATANTE**, desde que imediatamente comunicado tal fato à **CONTRATADA**.
- 6.10. -** No curso do contrato só poderão ser incluídos novos **Beneficiários Titulares e Agregados** pelo Departamento de Cadastro da **CONTRATADA** após a avaliação médica prevista na cláusula **3.9.1.** deste Contrato, e o recebimento dos formulários apropriados.
- 6.11. -** O prazo para a inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS**, no curso do presente Contrato, é de 30 (trinta) dias, contados da data de associação do **Beneficiário Titular** na **CONTRATANTE**, ou do adimplemento da condição de dependência, conforme consta deste Instrumento, sempre através dos formulários próprios, indicados e fornecidos pela **CONTRATADA**.
- 6.12. -** Fica reservado à **CONTRATADA** o direito de não atender os **BENEFICIÁRIOS** cujo cadastramento não tenha sido efetuado no prazo estipulado, através de formulários apropriados, corretamente preenchidos e entregues no local indicado. Se o cadastramento for efetuado após 30 (trinta) dias da data efetiva de associação do **Beneficiário Titular**, ou da data de início deste contrato, os **BENEFICIÁRIOS** deverão cumprir as carências de 60 (sessenta) dias para consulta, 90 (noventa) dias para exames complementares e de diagnóstico, 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas, 270 (duzentos e setenta) dias para internações cirúrgicas e 300 (trezentos) dias para partos.



- 6.13. -** A **CONTRATANTE** que efetuar no início do contrato cadastramento parcial de seus **BENEFICIÁRIOS** - Contrato Opcional - terá prazo máximo de 30 (trinta) dias após a admissão de novos **BENEFICIÁRIOS** para cadastramento na **CONTRATADA** sem carência.
- 6.14. -** A inscrição do **Beneficiário Titular**, e seus **Beneficiários Dependentes**, ou **Beneficiários Agregados**, poderá ser feita em qualquer dos Planos de Saúde definidos na cláusula **8ª** adiante, ressalvado o que consta da cláusula **2.2.3.1.** deste Instrumento, em seu **§ único**.

Cláusula 7ª - DA IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

- 7.1. -** A **CONTRATADA** fornecerá à **CONTRATANTE**, para seus Associados, ou outros que com esta mantenham vínculo, devidamente comprovado, cédulas de identificação **AMESP SAÚDE LTDA.**, cuja apresentação será exigível conjuntamente com outro documento de identificação, sempre que os seus serviços forem necessitados.
- 7.1.1.-** Serão fornecidos à cada **Beneficiário Titular** cadastrado, os Manuais do Plano de Saúde à que cada um pertencer, onde estarão inseridos os recursos de atendimento daquele Plano, que se incluem, desde já, dentre as condições do presente Instrumento.
- 7.2. -** A exclusão do **Beneficiário Titular**, e seus **Beneficiários Dependentes** ou **Agregados**, para fins de atendimento, dar-se-á automaticamente com sua desvinculação da **CONTRATANTE**, que se obriga a imediata comunicação, recolhimento e devolução da(s) cédula (s) de identificação a que se refere o item **7.1.** acima. No caso de extravio ou perda, a **CONTRATANTE** se obriga a enviar à **CONTRATADA**, o termo de responsabilidade específico, assinado pelo empregado e/ou **CONTRATANTE**, respeitado o disposto na cláusula **6.8.** retro.
- 7.2.1.-** O não cumprimento do item **7.2.** supra, torna a **CONTRATANTE** responsável por todo e qualquer débito proveniente do uso indevido das cédulas de identificação.
- 7.3 -** A **CONTRATANTE** se obriga, desde já, em caso de rescisão do presente Contrato, à promover a imediata devolução de todas as cédulas de identificação de seus **BENEFICIÁRIOS**, nos moldes como descrito na cláusula **7.2** retro, sob pena de ocorrência de sua responsabilização por eventuais atendimentos posteriores ao fato, nos termos da cláusula **7.2.1** acima.

Cláusula 8ª - DOS PLANOS DE SAÚDE

- 8.1. -** O atendimento dos serviços, respeitados todos os parâmetros e condições constantes do presente Instrumento, far-se-á através dos seguintes planos:
- 8.1.1.-“ EMPRESARIAL I ” :** Os **BENEFICIÁRIOS** cadastrados neste plano, têm direito a consultas com hora marcada diretamente nos consultórios particulares dos especialistas, e serviços complementares escolhidos



...(escolhidos) dentre aqueles especificados no Manual **EMPRESARIAL I**, além dos Centros Médicos da **CONTRATADA**; bem como terão direito ao atendimento nos Laboratórios e Centros de Diagnose próprios e credenciados definidos no Manual **EMPRESARIAL I**. Terão ainda o direito à Internações em quartos não privativos, nos hospitais próprios da **CONTRATADA**, e nos hospitais da rede credenciada, definidos no Manual **EMPRESARIAL I**. Além destes serviços, haverá o atendimento aos **BENEFICIÁRIOS**, quando em trânsito, nas Urgências e Emergências, em rede de Serviços Médico-Hospitalares distribuídos por todo o país, conforme consta do Manual **EMPRESARIAL I**.

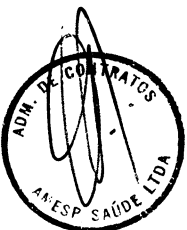
§ primeiro: O Atendimento em trânsito será realizado mediante a apresentação da cédula **AMESP SAÚDE LTDA.** e documento de identificação pessoal, não estando cobertos, nestes casos, os tratamentos e internações programadas, ou seja, aqueles que não tenham caráter de urgência ou emergência médica.

§ segundo: No caso do atendimento de urgências e emergências quando em trânsito, estão cobertos todos os procedimentos garantidos no presente Contrato, respeitados os recursos médico-hospitalares de cada região.

§ terceiro: O Plano de Saúde definido na presente cláusula divide-se em 03 (três) categorias, quais sejam, **A**, **B** ou **C**, sendo certo que esta divisão diz respeito à faixa etária dos **Beneficiários**, respeitando-se os seguintes limites: **A = de 01 até 49 anos**; **B = de 50 até 59 anos**; ou **C = de 60 até 69 anos**, e os valores serão reajustados automaticamente, conforme os **Beneficiários** atinjam as respectivas faixas etárias.

8.1.2.-“ EMPRESARIAL II ”: Os **BENEFICIÁRIOS** cadastrados neste plano, têm direito a consultas com hora marcada diretamente nos consultórios particulares dos especialistas, e serviços complementares escolhidos dentre aqueles especificados no Manual **EMPRESARIAL II**, além dos Centros Médicos da **CONTRATADA**; bem como terão direito ao atendimento nos Laboratórios e Centros de Diagnose próprios e credenciados definidos no Manual **EMPRESARIAL II**. Terão ainda o direito à Internações em quartos privativos, nos hospitais próprios da **CONTRATADA** e nos hospitais da rede credenciada, definidos no Manual **EMPRESARIAL II**. Além destes serviços, haverá atendimento aos **BENEFICIÁRIOS**, quando em trânsito, nas Urgências e Emergências, em rede de Serviços Médico-Hospitalares distribuídos por todo o país, conforme consta do Manual **EMPRESARIAL II**.

§ primeiro: O Atendimento em trânsito será realizado mediante a apresentação da cédula **AMESP SAÚDE LTDA.** e documento de identificação pessoal, não estando cobertos, nestes casos, os tratamentos e internações programadas, ou seja, aqueles que não tenham caráter de urgência ou emergência médica.



§ segundo: No caso do atendimento de urgências e emergências quando em trânsito, estão cobertos todos os procedimentos garantidos no presente Contrato, respeitados os recursos médico-hospitalares de cada região.

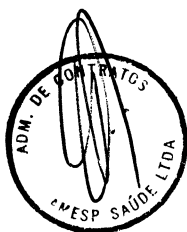
§ terceiro: O Plano de Saúde definido na presente cláusula divide-se em 03 (três) categorias, quais sejam, **A**, **B** ou **C**, sendo certo que esta divisão diz respeito à faixa etária dos **Beneficiários**, respeitando-se os seguintes limites: **A = de 00 até 49 anos**; **B = de 50 até 59 anos**; ou **C = de 60 até 69 anos**, e os valores serão reajustados automaticamente, conforme os **Beneficiários** atinjam as respectivas faixas etárias.

8.1.3.-“ MASTER ” : Os **BENEFICIÁRIOS** cadastrados neste plano, têm direito a consultas com hora marcada diretamente nos consultórios particulares dos especialistas, e serviços complementares escolhidos dentre aqueles especificados no Manual **MASTER**, além dos Centros Médicos da **CONTRATADA**; bem como terão direito ao atendimento nos Laboratórios e Centros de Diagnose próprios e credenciados definidos no Manual **MASTER**. Terão ainda o direito à Internações em quartos privativos, com direito à acompanhante, nos hospitais próprios da **CONTRATADA**, e nos hospitais da rede credenciada, definidos no Manual **MASTER**. Além destes serviços, haverá atendimento aos **BENEFICIÁRIOS**, quando em trânsito, nas Urgências e Emergências, em rede de Serviços Médico-Hospitalares distribuídos por todo o país, conforme consta do Manual **MASTER**.

§ primeiro: O Atendimento em trânsito será realizado mediante a apresentação da cédula **AMESP SAÚDE LTDA.** e documento de identificação pessoal, não estando cobertos, nestes casos, os tratamentos e internações programadas, ou seja, aqueles que não tenham caráter de urgência ou emergência médica.

§ segundo: No caso do atendimento de urgências e emergências quando em trânsito, estão cobertos todos os procedimentos garantidos no presente Contrato, respeitados os recursos médico-hospitalares de cada região.

8.1.4.-“ TOP I ”: os **BENEFICIÁRIOS** cadastrados neste plano, têm direito a consultas com hora marcada diretamente nos consultórios particulares dos especialistas, e serviços complementares escolhidos dentre aqueles especificados no Manual **“TOP I”**, além dos Centros Médicos da **CONTRATADA**; bem como terão direito ao atendimento nos Laboratórios e Centros de Diagnose próprios e credenciados definidos no Manual **“TOP I”**. Terão ainda o direito à Internações em quartos privativos, com direito à acompanhante, nos hospitais próprios da **CONTRATADA**, e nos hospitais da rede credenciada, definidos no Manual **“TOP I”**. Além destes serviços, haverá atendimento aos



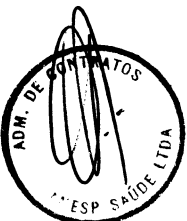
...(atendimento aos) **BENEFICIÁRIOS**, quando em trânsito, nas Urgências e Emergências, em rede de Serviços Médico-Hospitalares distribuídos por todo o país, conforme consta do Manual "**TOP I**". Os **BENEFICIÁRIOS** deste Plano de Saúde terão ainda o direito ao **Reembolso** de despesas médico-hospitalares e de consultas ou internações de urgência ou eletivas, em hospitais de livre escolha em todo o Brasil, caso optem pela utilização de recursos não constantes do manual do Plano "**TOP I**". A **CONTRATADA** promoverá o reembolso destas despesas conforme os prazos, critérios e limites estabelecidos na Tabela de **Reembolso de Despesas** adiante descrita.

§ primeiro: O Atendimento em trânsito será realizado mediante a apresentação da cédula **AMESP SAÚDE LTDA.** e documento de identificação pessoal, não estando cobertos, nestes casos, os tratamentos e internações programadas, ou seja, aqueles que não tenham caráter de urgência ou emergência médica, havendo, contudo, a possibilidade de reembolso destes procedimentos, conforme as Tabelas de **Reembolso de Despesas** adiante especificadas.

§ segundo: No caso do atendimento de urgências e emergências quando em trânsito, estão cobertos todos os procedimentos garantidos no presente Contrato, respeitados os recursos médico-hospitalares de cada região.

8.1.5.- " TOP II ": os **BENEFICIÁRIOS** cadastrados neste plano, têm direito a consultas com hora marcada diretamente nos consultórios particulares dos especialistas, e serviços complementares escolhidos dentre aqueles especificados no Manual "**TOP II**", além dos Centros Médicos da **CONTRATADA**; bem como terão direito ao atendimento nos Laboratórios e Centros de Diagnóstico próprios e credenciados definidos no Manual "**TOP II**". Terão ainda o direito à Internações em quartos privativos, com direito à acompanhante, nos hospitais próprios da **CONTRATADA**, e nos hospitais da rede credenciada, definidos no Manual "**TOP II**". Além destes serviços, haverá atendimento aos **BENEFICIÁRIOS**, quando em trânsito, nas Urgências e Emergências, em rede de Serviços Médico-Hospitalares distribuídos por todo o país, conforme consta do Manual "**TOP II**". Os **BENEFICIÁRIOS** deste Plano de Saúde terão ainda o direito ao **Reembolso** de despesas médico-hospitalares e de consultas ou internações de urgência ou eletivas, em hospitais de livre escolha em todo o Brasil, caso optem pela utilização de recursos não constantes do manual do Plano "**TOP II**". A **CONTRATADA** promoverá o reembolso destas despesas conforme os prazos, critérios e limites estabelecidos na Tabela de **Reembolso de Despesas** adiante descrita.

§ primeiro: O Atendimento em trânsito será realizado mediante a apresentação da cédula **AMESP SAÚDE LTDA.** e documento de identificação pessoal, não estando cobertos, nestes casos, os tratamentos e internações programadas, ou seja, aqueles que não tenham caráter de urgência ou emergência médica, havendo, contudo, a possibilidade de reembolso destes procedimentos, conforme as Tabelas adiante especificadas.



§ segundo: No caso do atendimento de urgências e emergências quando em trânsito, estão cobertos todos os procedimentos garantidos no presente Contrato, respeitados os recursos médico-hospitalares de cada região.

8.1.6.-Os reembolsos de que tratam os itens **8.1.4. e 8.1.5.**, serão efetuados de acordo com as tabelas e os requisitos abaixo definidos:

Tabela de Reembolso de Despesas					
Honorários e Serviços Auxiliares de Diagnose e Tratamento				Serviços Hospitalares	
Variáveis:	Consultas Médicas (consultório)	Honorários de internação (clin.,cirurg.,obstetra)	Serv. Ad. Diagnose e Tratamento	Diária (Apto., UTI) + taxa sala	Despesa Hospital
"TOP I"	Até 08 vezes a Tabela AMESP, com limite de 8 vezes ao ano	Até 08 vezes a Tabela AMESP	Até 04 vezes a Tabela AMESP	Integral	Até 03 vezes Tabela AHESP
"TOP II"	Até 12 vezes a Tabela AMESP, com limite de 8 vezes ao ano	Até 12 vezes a Tabela AMESP	Até 06 vezes a Tabela AMESP	Integral	Até 04 vezes Tabela AHESP

8.1.7.-Para efeitos de reembolso aqui previstos, somente serão adotados como múltiplos os **Coefficientes de Honorários - C.H.** da Tabela **AMESP**, que serão aplicados aos quantitativos dos procedimentos médicos previstos na referida tabela. Para serviços hospitalares será utilizado tabela **A.H.E.S.P.**

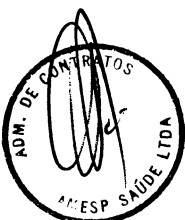
8.1.8.-Somente serão reembolsados os exames e procedimentos constantes da Tabela **AMESP**, bem como só serão reembolsados os serviços hospitalares constantes da Tabela **A.H.E.S.P.** .

§ único: somente serão reembolsados os exames, atendimentos ou procedimentos que não estejam dentre aqueles considerados como excluídos das coberturas contratuais, constantes da cláusula **5ª** do presente Instrumento.

8.1.9.-Os medicamentos e materiais utilizados por ocasião da internação hospitalar, serão reembolsados de acordo com o Guia Farmacêutico (**Brasíndice**) vigente na data da utilização. Os materiais não constantes do guia serão reembolsados com base nos preços da praça a critério da **CONTRATADA**.

8.1.10.Em quaisquer das condições previstas neste contrato, o **Beneficiário** deverá apresentar, por intermédio da **CONTRATANTE**, em local determinado no Manual de Recursos Assistenciais, solicitação de reembolso por escrito, acompanhada de documentos originais, conforme definido a seguir:

a) - Consulta em Consultório: Recibos ou Nota Fiscal, com a especificação da consulta, nome do paciente, valor cobrado, assinatura, CPF e/ou CGC, CRM do médico assistente legíveis e data da realização do evento.



✓ M

b) - Exames Complementares e Serviços de Diagnóstico e Tratamento na internação: Recibos ou Nota Fiscal com especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CGC, CRM legíveis e data da realização do evento.

c) - Honorário Médico durante a internação: Recibos e/ou Notas Fiscais quitados, contendo todos os dados do médico assistente, de um auxiliar e de um anestesista, quando existirem, declarando tipo de atendimento prestado vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valores cobrados, assinatura, CPF, CGC, CRM legíveis e data da realização do evento.

d) - Internação: Relatório do médico assistente declarando diagnóstico, tratamento efetuado, datas e condições do atendimento, bem como a conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, exames e taxas, apresentando Nota Fiscal quitada, podendo a **CONTRATADA** efetuar perícias nas contas e nos prontuários médicos.

8.1.11- Em todos os procedimentos de reembolso previstos neste Instrumento, serão sempre respeitados os princípios que norteiam a ética médica, restando resguardado o sigilo sobre as informações pertinentes à todos os procedimentos e dados fornecidos à análise.

8.1.12- Os reembolsos, quando aprovados, serão efetuados mediante a emissão e remessa de cheques nominais à **CONTRATANTE**, ou ao próprio **Beneficiário**, no prazo de 10 (dez) dias úteis após a entrega dos documentos exigidos nos itens **a** à **d** da cláusula **8.1.10.** acima, sendo que a **CONTRATANTE**, na primeira hipótese, se responsabilizará pelo repasse destes valores ao respectivo **Beneficiário**.

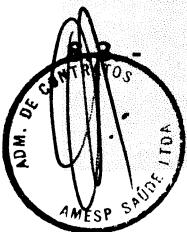
8.1.13- Caso a documentação apresentada não esteja em conformidade com as exigências estabelecidas nos itens **a** à **d**, a **CONTRATADA** poderá solicitar novos documentos ou informações complementares que implicarão em novo prazo de 10 (dez) dias úteis para o reembolso.

8.1.14- A **CONTRATADA** somente promoverá o reembolso das despesas cuja documentação seja apresentada até 30 (trinta) dias após o evento. Todos os reembolsos serão feitos com base nos valores vigentes na época do evento.

8.2. -

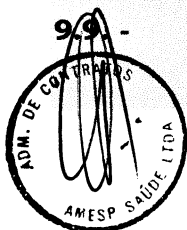
A **CONTRATADA** colocará à disposição dos **BENEFICIÁRIOS**, nos seus Planos de Saúde respectivos, para prestação de serviços ora contratados, Centros Médicos, consultórios, laboratórios e hospitais e respectivos profissionais da área de saúde constantes dos Manuais anexos ao presente contrato, correspondentes aos Planos de Saúde disponibilizados, que dele fazem parte integrante, para todos os efeitos legais.

A **CONTRATADA** poderá proceder a exclusão ou substituição de um ou mais hospitais e demais serviços credenciados, constantes dos mencionados Manuais de cada Plano de Saúde, sendo que os novos credenciados deverão ter qualificação técnica semelhante a dos excluídos ou substituídos.



Cláusula 9ª - DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO

- 9.1. - As internações e a escolha do hospital ficam a critério exclusivo do Corpo Clínico da **CONTRATADA**, de acordo com os recursos constantes do Manual do Plano de Saúde em que estiverem cadastrados os **BENEFICIÁRIOS**, sendo certo, ainda, que os **BENEFICIÁRIOS** permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, também a exclusivo critério dos médicos pertencentes ao Corpo Clínico da **CONTRATADA**.
- 9.2. - No ato da internação o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao hospital sua cédula de identificação na **CONTRATADA**, juntamente com um documento de identidade do **BENEFICIÁRIO**. Confirmada a regularidade da situação, o paciente receberá a respectiva senha para a internação.
- 9.3. - Caso o **BENEFICIÁRIO** continue hospitalizado após a alta médica, a que alude o item 9.1. supra, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então todas as despesas decorrentes da internação.
- 9.4. - Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos **BENEFICIÁRIOS** deste contrato, esses deverão, quando pacientes, serem assistidos por médicos integrantes do Corpo Clínico da **CONTRATADA**, cabendo-lhes toda responsabilidade pelo tratamento instituído.
- 9.5. - Desde que haja possibilidade de vaga e na hipótese do **BENEFICIÁRIO** optar por acomodação hospitalar superior à prevista no seu Plano de Saúde, conforme o Manual respectivo, as despesas com as diferenças decorrentes dessa escolha, inclusive as referentes aos honorários médicos, correrão por sua conta, podendo ser exigidos, pelo prestador de serviços onde se deu esta opção, como de praxe, depósitos prévios e acertos periódicos de contas.
- 9.6. - A **CONTRATADA**, qualquer que seja o plano escolhido, não se responsabilizará pelo pagamento das despesas extraordinárias de internação do **BENEFICIÁRIO**, especialmente as que se referirem a refeições especiais e de acompanhante, serviços de telefonia em geral, utilização de aparelhos eletroeletrônicos, e outras de qualquer natureza, assim caracterizadas como despesas extraordinárias.
- 9.7. - As consultas e os tratamentos de qualquer natureza, realizados por médicos particulares, correrão por conta exclusiva do **BENEFICIÁRIO**, não cabendo à **CONTRATADA** qualquer responsabilidade, quer pelo tratamento do paciente e suas conseqüências, quer pelas despesas dele decorrentes, com exceção daquelas cujo reembolso esteja previsto no Plano de Saúde escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** (Planos "TOP I" e "TOP II").
- 9.8. - A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação à **CONTRATANTE** para a correta utilização dos serviços contratados, e o fornecimento de Manuais de orientação para os **BENEFICIÁRIOS**, quando do ingresso, e em seguida, em periodicidade à critério da **CONTRATADA**.
- 9.9. - A **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer os **BENEFICIÁRIOS** deste contrato sobre as condições de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.



- 9.10. - Em todas as urgências e nos atendimentos de custo elevado, tais como: cirurgias cardíacas, torácicas, neurológicas e outras, assim como exames especializados, próteses ligadas ao ato cirúrgico e outros, a critério da **CONTRATADA**, esta poderá solicitar o concurso dos Órgãos Governamentais na participação das despesas, sem ônus ou interferência da **CONTRATANTE**.

Cláusula 10ª - DA CARÊNCIA, TRANSFERÊNCIA E PRAZOS

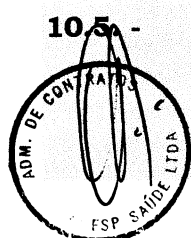
- 10.1 - Inexiste qualquer tipo de carência para utilização imediata dos Planos enumerados nos itens 8.1.1. à 8.1.5. do presente Instrumento, para os **BENEFICIÁRIOS** cadastrados desde o início do presente Contrato, ressalvadas aquelas específicas de cada Plano, definidas nos Manuais respectivos.
- 10.2 - Incluem-se no disposto do item 10.1 supra, os **BENEFICIÁRIOS** que optam pela sua inclusão em um dos Planos de Saúde definidos no presente Contrato em até 30 (trinta) dias contados da data de sua associação na **CONTRATANTE**, ressalvado, aqui, o disposto no item 6.11. do presente Instrumento.
- 10.3. - Os **BENEFICIÁRIOS** que forem incluídos nos Planos "**MASTER**", "**TOP I**" e "**TOP II**", tanto os constantes da relação inicial, como os demais posteriormente incluídos naqueles Planos, só poderão abandonar esses planos mediante aviso prévio e expresse de 90 (noventa) dias.

10.3.1.-Se **BENEFICIÁRIOS** cadastrados em algum dos outros Planos definidos no Presente Instrumento, que não os Planos "**MASTER**", "**TOP I**" e "**TOP II**", optarem pela transferência à estes Planos, estarão sujeitos à carência de 180 (cento e oitenta dias) para internação, e aos mesmos prazos de aviso prévio para abandono definidos no item 10.3 retro.

§ primeiro: Até o vencimento do prazo de 180 (cento e oitenta) dias para internação, os atendimentos serão efetuados de acordo com o plano ao qual estava vinculado o **BENEFICIÁRIO** antes da permuta, nos casos definidos no item 10.3.1 retro.

§ segundo: Do mesmo modo, na transferência dos Planos "**MASTER**", "**TOP I**" e "**TOP II**" para quaisquer dos demais Planos disponibilizados no presente Instrumento, os **BENEFICIÁRIOS** continuarão pagando, pelo prazo de 90 (noventa) dias, o valor do Plano ao qual pertenciam, recebendo desde a solicitação de transferência o atendimento previsto para o Plano ao qual se transferiram.

- 10.4. - Todos os **Beneficiários Agregados** que forem incluídos após o início do contrato, estarão sujeitos as seguintes carências: 90 (noventa) dias para exames complementares, 180 (cento e oitenta) dias para internação clínica, 270 (duzentos e setenta) dias para internação cirúrgica e 300 (trezentos) dias para internação obstétrica, sendo certo que tanto os constantes da relação inicial, como os demais posteriormente incluídos, só poderão abandonar esses planos mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias.



O(s) filho(as), enteado(s) e tutelado(s) do **Beneficiário Titular**, já cadastrados como **Beneficiários Dependentes**, e que atingirem a maioridade poderão ser cadastrados como **Beneficiários Agregados** sem nenhuma carência, desde que o façam no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da maioridade, caso contrário serão automaticamente excluídos do presente Contrato.

Cláusula 11ª- DA NATUREZA JURÍDICA DO PRESENTE CONTRATO

- 11.1 -** O presente Contrato de Prestação de Serviços de Medicina de Grupo reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 1.092⁽¹⁾ e 1.093⁽²⁾ do Código Civil Brasileiro.
- 11.1.1.-** Os Serviços previstos no presente Contrato, respeitadas suas cláusulas, limites e condições, assim como as especialidades e os procedimentos especificados neste Instrumento, possuem sistema misto de pagamento, sob a responsabilidade da **CONTRATANTE**, em contraprestação aos serviços prestados pela **CONTRATADA**.
- 11.1.2.-** Dessa forma, existirá o pagamento, pela **CONTRATANTE**, de uma taxa mensal, definida na cláusula **12.8.1.** do presente Instrumento, calculada com base no número de funcionários e dependentes apresentado pela **CONTRATANTE**, e de acordo com as opções de Plano de Saúde escolhidas para cada um destes **Beneficiários**.
- 11.1.3.-** Mediante o pagamento desta taxa mensal, estarão cobertos todos os serviços e benefícios postos à disposição dos **Beneficiários** da **CONTRATANTE**, conforme todas as previsões constantes das cláusulas **3ª** e **4ª** do presente Instrumento.
- 11.1.4.-** Nesta parte, a presente avença será considerada como um contrato aleatório, regulado pelo artigo 1118⁽³⁻⁴⁾ a 1121⁽⁵⁻⁶⁾ do Código Civil, assumindo a **CONTRATANTE** o risco de não vir a existir a prestação dos referidos serviços, pela inocorrência do evento gerador da obrigação da **CONTRATADA** em prestá-los.
- 11.1.5.-** De modo diverso, para todas as enfermidades, especialidades, procedimentos, serviços, tratamentos e benefícios não previstos nas cláusulas **3ª** e **4ª** do presente Contrato, e por consequência não cobertos pela taxa mensal descrita na cláusula **12.8.1.** a seguir, haverá o pagamento, pela **CONTRATANTE**, de modo individualizado, para cada um dos serviços prestados nestes eventos, definidos na cláusula **5ª** do presente Instrumento.

¹ "Art. 1092 = Nos contratos bilaterais, nenhum dos contraentes, antes de cumprida a sua obrigação, pode exigir o implemento da do outro. Se, depois de concluído o contrato, sobrevier a uma das partes contratantes diminuição em seu patrimônio, capaz de comprometer ou tornar duvidosa a prestação pela qual se obrigou, pode a parte, a quem incumbe fazer prestação em primeiro lugar, recusar-se a esta, até que a outra satisfaça a que lhe compete ou dê garantia bastante de satisfazê-la."

² "Art. 1093 = O distrato faz-se pela mesma forma que o contrato. Mas a quitação vale, qualquer que seja sua forma."

³ "Art. 1118 = Se o contrato for aleatório, por dizer respeito a coisas futuras, cujo risco de não virem a existir assumo o adquirente, terá direito o alienante a todo o preço, desde que de sua parte não tenha havido culpa, ainda que delas não venha a existir absolutamente nada."

⁴ "Art. 1119 = Se for aleatório, por serem objeto dele coisas futuras, tomando o adquirente a si o risco de virem a existir em qualquer quantidade, terá também o direito o alienante a todo o preço, desde que de sua parte não tiver concorrido culpa, ainda que a coisa venha a existir em quantidade inferior à esperada."

⁵ "Art. 1120 = Se for aleatório, por se referir a coisas existentes, mas expostas à risco, assumido pelo adquirente, terá igualmente direito o alienante a todo o preço, posto que a coisa já não existisse, em parte, ou de todo, no dia do contrato."

⁶ "Art. 1121 = A alienação aleatória do artigo antecedente poderá ser anulada como dolosa pelo prejudicado, se provar que o outro contraente não ignorava a consumação do risco, a que no contrato se considerava exposta a coisa."

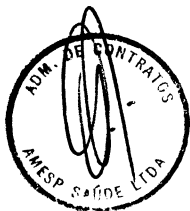


§ único: À critério da **CONTRATADA**, alguns dos serviços previstos na cláusula **5ª** do presente Instrumento poderão ser disponibilizados à **CONTRATANTE** e aos seus **Beneficiários** mediante a confecção de Aditivos Contratuais próprios, que prevejam o pagamento de taxas mensais específicas, ou ainda outro modo de contraprestação, como no caso do P.C.M.S.O. (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional), do Acidente do Trabalho, do Resgate, da Coleta Domiciliar, ou outros que porventura venham a ser estabelecidos pela **CONTRATADA** como passíveis de cobertura através de Aditamentos.

Cláusula 12ª- DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS, SUA FORMA E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 12.1.-** As taxas assistenciais descritas neste Contrato e seus eventuais aditivos ou anexos, foram calculadas tomando-se como base as exclusões, limites, coberturas e carências estabelecidas neste instrumento. Havendo ampliações das coberturas contratadas ou outras alterações que por ventura venham a acontecer por determinação legal ou por acordo entre as partes, as taxas assistenciais serão reformuladas com base nos custos adicionais ocasionados pelas novas coberturas, novos procedimentos e modificações ocorridas.
- 12.2.-** A taxa mensal prevista na presente Cláusula prevê a cobertura de todos os serviços, atendimentos, procedimentos e benefícios constantes das Cláusulas **3ª** e **4ª** do presente Contrato, conforme estabelece, também, a Cláusula **11.1.2.** e **11.1.3.** acima.
- 12.3.-** O valor de remuneração mensal que a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, relacionada à taxa mensal por **Beneficiário**, resultará da multiplicação do número total de **Beneficiários** deste Contrato, por inscrito ou por **Beneficiário Titular** (família), conforme o caso, pelo valor da taxa do Plano de Saúde escolhido.
- 12.4.-** O valor da remuneração contratual relacionada à taxa mensal, será discriminado em nota fiscal fatura, emitida contra a **CONTRATANTE** mensalmente, e cuja emissão, pela **CONTRATADA**, resta desde já autorizada.
- 12.5.-** As segundas vias de cédulas de identificação **AMESP SAÚDE LTDA.**, previstas na cláusula **7.1.** acima, serão cobradas à razão de 10% (dez por cento) do valor unitário do Plano de Saúde definido na cláusula **8.1.1.** retro, vigente na época da emissão, e este valor será incluído na fatura mensal do mês imediatamente subsequente à confecção desta segunda via.
- 12.6.-** A **CONTRATANTE** se obriga a remunerar a **CONTRATADA** até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao da prestação de serviços .

12.6.1.- Em caso de atraso na liquidação, a **CONTRATANTE** deverá pagar multa automática moratória de **2%** (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal desta multa, e dos juros moratórios desde a data do vencimento até a data da efetiva liquidação da dívida.



12.7.- Se o número inicial de **BENEFICIÁRIOS** cadastrados pela **CONTRATANTE** vier a ser reduzido em 30% (trinta por cento) ou mais, em comparação com o número total apresentado no ato de assinatura do presente Instrumento, as taxas mensais serão revistas pela **CONTRATADA**.

12.8.- A **CONTRATANTE** se obriga a remunerar a **CONTRATADA** pelos serviços ora pactuados de acordo com o que se segue:

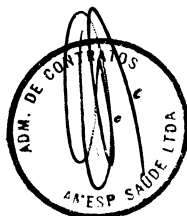
12.8.1.- As taxas mensais, conforme o Plano de Saúde escolhido, e conforme previsto no presente Contrato, serão pagas em moeda corrente nacional, conforme o estabelecido abaixo.

<i>Plano de Saúde</i>	<i>Valor por Beneficiário Titular (família)</i>
EMPRESARIAL I - A (Até 49 anos)	R\$ 48,49
EMPRESARIAL I - B (de 50 à 59 anos)	R\$ 53,42
EMPRESARIAL I - C (de 60 à 69 anos)	R\$ 58,92
EMPRESARIAL II - A (Até 49 anos)	R\$ 93,92
EMPRESARIAL II - B (de 50 à 59 anos)	R\$ 100,74
EMPRESARIAL II - C (de 60 à 69 anos)	R\$ 109,45
MASTER	R\$ 132,44
TOP I	R\$ 207,24
TOP II	R\$ 411,85

AGREGADOS - Valores para cada <u>Beneficiário Inscrito</u>			
<i>Plano de Saúde</i>	(*) A -- Até 49 anos	(*) B -- De 50 até 59 anos	(*) C -- De 60 até 69 anos
Agregado EMPRESARIAL I	R\$ 51,85	R\$ 58,10	R\$ 67,68
Agregado EMPRESARIAL II	R\$ 66,75	R\$ 73,40	R\$ 81,00
Agregado MASTER	R\$ 97,48	R\$ 163,18	R\$ 244,85
Agregado TOP I	R\$ 144,92	R\$ 194,93	R\$ 332,28
Agregado TOP II	R\$ 251,69	R\$ 324,32	R\$ 486,47

12.8.2.- As taxas acima definidas foram calculadas com base no número de 1483 (um mil, quatrocentos e oitenta e três) **Beneficiários Titulares** e de 707 (setecentos e sete) **Beneficiários Dependentes**, números estes fornecidos neste ato pela própria **CONTRATANTE**, estabelecendo-se, em consequência, o Índice de Dependência equivalente à **0,47 (zero vírgula quarenta e sete)**.

12.8.2.1.- Caso o número de dependentes venha a ser maior que aquele estimado no item acima descrito, as taxas serão alteradas proporcionalmente à alteração do Índice de Dependência.




12.8.3.- As taxas descritas no item **12.8.1.** deste instrumento serão reajustadas anualmente, salvo autorização governamental para reajustes com periodicidade menor, e tal reajuste se fará pela variação do **IGP-SAÚDE** publicado pela Fundação Getúlio Vargas. Na eventualidade da extinção do **IGP-SAÚDE/FGV**, o mesmo será substituído pelo **FIPE-SAÚDE**, publicado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, ou por outro índice que venha a ser pactuado entre as partes.

12.8.4.- O reajuste acima indicado será acrescido de eventual diferença entre o índice de inflação aplicado no período e a variação dos custos médico-hospitalares, sempre mediante prévia negociação entre as partes.

§ único: Serão acrescidos a essa variação os eventuais percentuais relativos à produtividade e aumento real, que venham a ser fixados em Convenção, Acordo ou Dissídio Coletivo de Trabalho do Sindicato dos Empregados em Estabelecimento de Serviços de Saúde de São Paulo, sempre mediante prévia negociação entre as partes.

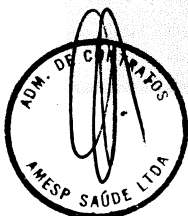
12.9.- Quaisquer serviços prestados à **CONTRATANTE**, na forma como definido nas cláusulas **11.1.5.** e **5ª** do presente Instrumento, originará a emissão da fatura correspondente, pela **CONTRATADA**, com vencimento no mês subseqüente ao encerramento da conta relativa à cada um dos procedimentos, ficando desde já autorizada pela **CONTRATANTE** a emissão das faturas aqui mencionadas, com os valores estabelecidos em moeda corrente nacional.

12.9.1.- Em caso de atraso na liquidação, a **CONTRATANTE** deverá pagar multa automaticamente moratória de **2%** (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal desta multa e dos juros moratórios desde a data do vencimento até a data da efetiva liquidação da dívida.

12.10. - A **CONTRATADA** estará autorizada a suspender o atendimento aos **Beneficiários Titulares** e respectivos **Dependentes** da **CONTRATANTE**, em decorrência do atraso no pagamento à **CONTRATADA** de qualquer fatura por esta emitida em face daquela primeira, a partir do **15º** (décimo quinto) dia contado da data do vencimento da respectiva fatura.

Cláusula 13ª - DO PRAZO DE VIGÊNCIA E DA RESCISÃO

13.1. - O presente Contrato terá sua vigência efetivada à partir de **01/01/1998**, vigorando por prazo indeterminado, sendo que o mesmo poderá ser rescindido por qualquer das partes, desde que haja comunicação expressa com antecedência mínima de **60** (sessenta) dias, contados da ciência da parte notificada, não cabendo qualquer multa ou ônus em consequência deste pedido de rescisão.



13.2. - Fica a **CONTRATADA** autorizada a considerar rescindido o contrato independentemente de aviso prévio, sem prejuízo dos créditos então pendentes, nos seguintes casos:

13.2.1- Atraso de 30 (trinta) dias na quitação das faturas referentes aos serviços contratados.

13.2.2- Requerimento de falência da **CONTRATANTE**.

Cláusula 14ª - DO FORO

14.1. - Fica eleito o Foro da cidade de São Paulo como competente para dirimir as questões decorrentes do cumprimento do presente contrato, renunciando ambas as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

14.2.- Nenhuma cláusula, condição ou consequência poderá ser atribuída à relação contratual ora estabelecida, por qualquer das partes contratantes, se a mesma não se contiver no quanto expressamente estabelecido no presente Instrumento.

E por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam este contrato, em duas vias de igual teor e para um só efeito, juntamente com as testemunhas presentes no ato.

São Paulo, 01 de Dezembro de 1997.

CONTRATANTE:


ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DO SENAI-AES

CONTRATADA:


AMESP SAÚDE LTDA.

Testemunhas:

1)

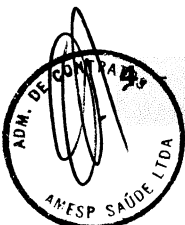
2)



ADITAMENTO CONTRATUAL

Fica fazendo parte integrante e inseparável do Contrato de Prestação de Serviços de Medicina de Grupo firmado entre, de um lado, a empresa **ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DO SENAI - AES**, inscrita no CGC/MF sob o nº49.642.598/0002-92, com sede na Rua alberto Lion, nº100, Bairro do Cambuci, São Paulo/SP,, doravante denominada **CONTRATANTE**; e, de outro lado, a empresa **AMESP SAÚDE LTDA.**, sociedade civil por quotas de responsabilidade limitada, inscrita no CGC/MF sob o nº. 61.024.451/0001-53, com sede na Rua Tutóia, 207, São Paulo/SP, doravante denominada **CONTRATADA**, o presente **ADITAMENTO CONTRATUAL**, valendo suas cláusulas e condições para todos os fins e efeitos legais. Assim, **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** resolvem alterar e/ou acrescentar às cláusulas e condições do Contrato Principal as seguintes cláusulas, itens e sub-itens:

1. - A **CONTRATADA**, Empresa de Medicina de Grupo que é, prestando os respectivos serviços através de meios de execução próprios ou contratando, mediante credenciamento, terceiros técnica e legalmente habilitados para tanto, se obrigou, por meio de Contrato celebrado com a **CONTRATANTE** em 01 de Dezembro de 1997, e cuja vigência se estabelecerá a partir de 01/01/98, a prestar ou garantir que fossem prestados, aos Associados da **CONTRATANTE**, os serviços de Assistência Médico-Hospitalar conforme elencados no Contrato já referido.
2. - Através do presente Aditamento, promovem as partes as seguintes alterações:
 - 2.1. - Em uma condição especial, a **CONTRATANTE** poderá promover a inclusão de novos **Beneficiários - Titulares ou Dependentes** - sem a necessidade do cumprimento das carências definidas no Contrato Principal ora aditado, desde que o faça no prazo máximo de **120 (cento e vinte) dias**, contados a partir da data de início da vigência do Contrato Principal.
 - 2.2. - Em relação aos **Beneficiários Agregados**, mantêm-se todas as condições definidas naquela Contrato ora aditado, inclusive em relação às carências a serem cumpridas.
 - 2.3. - Além da condição especial de inclusão definida na cláusula **2.1.** acima, sempre que a **CONTRATANTE** tiver a quantidade mínima de **100 (cem) Beneficiários** para cadastramento, poderá solicitar à **CONTRATADA** a inclusão dessa massa de **Beneficiários** sem carência, à exceção dos **Agregados**, e mediante a autorização expressa daquela última promover tal inclusão, com a anuência de ambas as partes contratantes em uma listagem onde conste todos estes **Beneficiários**, nominalmente.
3. - O presente Aditamento Contratual, com vigência a partir de sua assinatura, terá prazo indeterminado, atrelado ao prazo de vigência do Contrato Principal ora Aditado.



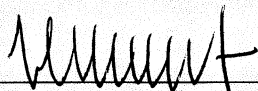
Caso o Contrato principal venha a ser cancelado, automaticamente este Aditamento Contratual também será considerado cancelado.

5. - Permanecem inalteradas todas as demais cláusulas, itens e sub-itens do Contrato Principal firmado entre as partes em 01 de Dezembro de 1997, e cuja vigência se estabelecerá a partir de 01/01/98, ora Aditado, e seus aditivos anteriores, exceção feita aos que foram frontalmente contrários aos termos constantes do presente Instrumento.

E por estarem assim justas e contratadas, assinam o presente Aditamento Contratual em duas (02) vias de igual teor, juntamente com as testemunhas a tudo presentes, para um só efeito.

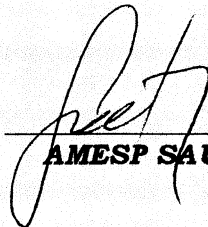
São Paulo, 01 de Dezembro de 1997.

CONTRATANTE:



ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DO SENAI-AES

CONTRATADA:



AMESP SAÚDE LTDA.

Testemunhas:

1)

2)

