



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

SAÚDE

ANS 328537

Sumário

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

PARA EFEITO DESTE CONTRATO CONSIDERA-SE	02
NORMAS DE ATENDIMENTO E USO	03
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	
QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	04
OBJETO DO CONTRATO	04
NATUREZA DO CONTRATO	04
PLANOS REGISTRADOS NA ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)	04
TIPO DE CONTRATAÇÃO, e ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	04
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	04
ACOMODAÇÃO PARA INTERNAÇÃO	04
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	05
COBERTURAS	05
EXCLUSÕES	07
VIGÊNCIA	08
RENOVAÇÃO CONTRATUAL	08
PERÍODOS DE CARÊNCIA	08
DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	09
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	10
REEMBOLSO	11
REMOÇÃO	11
MECANISMO DE REGULAÇÃO DA REDE CREDENCIADA	11
PREÇOS	12
PAGAMENTO E MENSALIDADES	12
REAJUSTE E FAIXAS ETÁRIAS	12
EXCLUSÃO OU PERDA DO BENEFICIÁRIO	13
RECISSÃO CONTRATUAL OU CANCELAMENTO	13
DISPOSIÇÕES GERAIS	13
ELEIÇÃO DE FORO	13
PARTO NORMAL	14
RELAÇÃO DE EXAMES E PRAZOS DE CARÊNCIA	16

**MED-TOUR®***Eficiência e
Competência!***S A Ú D E****ANS 328537**

Plano Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia (parto)
Lei n. 9656/98 03/06/98

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAI BA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidades coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAI BA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

Plano Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia (parto)
Lei n. 9656/98 03/06/98

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

*Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____/_____/_____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

_____/_____/_____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

**MED-TOUR®***Eficiência e
Competência!***S A Ú D E****ANS 328537**

Plano Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia (parto)
Lei n. 9656/98 03/06/98

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAI BA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidades coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAI BA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

SAÚDE

ANS 328537

Plano Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia (parto)
Lei n. 9656/98 03/06/98

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

*Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____/_____/_____
Local Data

_____/_____/_____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

PARA EFEITO DESTE CONTRATO CONSIDERA-SE

ACIDENTE PESSOAL: é evento exclusivo com data e ocorrência perfeitamente caracterizado, involuntário e violento. Causador de lesão física excluído os casos odontológicos e de acidente de trabalho.

ACIDENTE DE TRABALHO: é aquele que ocorre durante a jornada de trabalho dentro ou fora do ambiente de trabalho e também na ida e vinda do trabalho.

LIVRETO DA REDE MÉDICA CREDENCIADA: é onde estão descritos todos os médicos, hospitais, laboratórios e centros de análise e diagnóstico, que mantém contrato de autorização de atendimento aos associados da MED TOUR SAÚDE.

EMERGÊNCIAS: são os casos que impliquem em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o associado.

URGÊNCIA: são acidentes pessoais e complicações do processo gestacional.

DOENÇAS CONGÊNITAS: é toda doença com a qual nascemos hereditária ou adquirida na vida intra-uterina.

DOENÇAS CRÔNICAS: é toda doença de caráter mórbido irreversível, passível de crises de agoniação.

PROPOSTA DE ADMISSÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE: é o documento formal e legal que contém as definições básicas e principais que farão parte deste contrato, incluindo os dados e informações pessoais do titular e seus dependentes, preenchidos pelo titular de próprio punho em formulário específico da Med Tour Saúde.

TITULAR: é o indivíduo que contratou o plano de saúde com a contratada, responsável pelas declarações na proposta de admissão e declaração de saúde, podendo ou não ser o responsável pelo pagamento das mensalidades e das co-participações utilizadas.

DEPENDENTES: são considerados dependentes do titular, o cônjuge ou companheiro (A), os filhos e outros assim considerados pela legislação, e declarados neste contrato.

CARÊNCIA: é o período de tempo durante o qual o associado, mesmo pagando as mensalidades, não tem direito a determinadas coberturas.

DOENÇAS OU LESÕES PRE-EXISTENTE: são aquelas cujo sintomas manifestaram-se antes da assinatura deste contrato, declaradas ou não pelo contratante e/ou responsável no momento da assinatura.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal; e entende-se como AGRAVO qualquer acréscimo no valor da contratação paga, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada para a doença ou lesão preexistente declarada, após prazos de carências contratuais.



NORMAS DE ATENDIMENTO E USO

CONSULTAS ELETIVAS COM HORA MARCADA

Para usufruir das consultas eletivas, o associado deverá marcar antecipadamente a consulta com médico de sua escolha, constante no livreto da rede médica credenciada, devidamente especificado por especialidade. Comparecer munidos de documentos e carteirinhas de identificação do convênio mais comprovante de pagamento.

CONSULTAS DE URGÊNCIA

Para usufruir deste benefício o associado deverá comparecer diretamente ao local de sua escolha, constante no livreto da rede credenciada, devidamente indicados para urgência, munidos de documentos, carteirinhas de identificação do convênio mais comprovante de pagamento.

EXAMES COMPLEMENTARES (FORA DA URGÊNCIA)

Para usufruir deste benefício o associado deverá retirar guia de autorização diretamente nos escritórios da Med Tour Saúde. Para tanto o associado deverá apresentar a solicitação do médico assistente contendo: hipótese diagnóstica, nome do exame solicitado, tempo da doença e nome do paciente, além de comprovante de pagamento e carteirinha de identificação do convênio. O local da realização do procedimento ficará a critério da contratada. Exames de alta complexidade deverão passar por auditoria médica – ex: ressonância magnética, tomografia computadorizada entre outros.

CIRURGIAS PROGRAMADAS

As cirurgias programadas, deverão ser solicitadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, antes da data da realização da mesma, para usufruir deste benefício o associado deverá passar por auditoria médica, para retirada de guia de autorização de procedimento e verificação de cobertura, marcada antecipadamente por telefone em São Paulo ou Guarulhos. Trazendo solicitação médica contendo: diagnóstico, nome do procedimento cirúrgico, tempo da doença e nome do paciente, além do comprovante de pagamento e carteirinha de identificação do convênio. O local para realização do procedimento ficará a critério da contratada.

INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS COBERTAS E FORA DA CARÊNCIA

A autorização poderá ser solicitada até o primeiro dia útil subsequente ao dia da internação, pessoalmente ou via fax, para tanto o associado deverá apresentar relatório do médico assistente contendo: diagnóstico, tempo de internação, tempo da doença, e nome do paciente, além da carteirinha de identificação do convênio. A critério da contratada e de autorização do médico assistente a mesma poderá efetuar transferência de estabelecimento hospitalar desde que não coloque em risco a vida do paciente.

PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SEM COBERTURA E/OU EM CARÊNCIA

Deverá ser solicitada a transferência do paciente para um hospital público, para tanto o associado deverá providenciar a vaga no SUS ou arcar com os custos hospitalares, reservados os direitos estabelecidos neste contrato.

REDE MÉDICA CREDENCIADA

São aquelas constantes no livreto da Rede Médica Credenciada, sendo que a CONTRATADA poderá credenciar, ou descredenciar, qualquer serviço a critério exclusivo da mesma, mantendo sempre o bom nível prestado.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Planos de Saúde Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado a Med Tour Administradora de Benefícios e Empreendimentos Ltda., pessoa jurídica e de direito privado, inscrita no CNPJ 00.453.863/0001-14, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 328537, e classificada nesta como Medicina de Grupo, com sede à Praça Alpha Centauro, 54 Cj 03 Alphaville – São Paulo, e de outro lado o contratante descrito na proposta de admissão.

1- OBJETO DO CONTRATO

O presente contrato tem por finalidade a prestação continuada de serviços médicos hospitalares de natureza clínica e/ou cirúrgica, e obstetra, mediante o pagamento das mensalidades a preços pre-estabelecidos, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir sem limites financeiro a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde indicados pela CONTRATADA, integrantes da rede credenciada, dentro dos limites contratuais estabelecidos pelas condições gerais deste contrato.

2- NATUREZA DO CONTRATO

Contrato de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma da legislação civil vigente, visando a prestação de serviços médicos hospitalares de natureza clínica e/ou cirúrgica.

2.1- Fazem parte deste contrato a tabela de preços, rede médica credenciada e recibos de pagamentos, além da declaração de saúde e proposta de admissão, o rol de procedimentos médicos baseados no CID-10 da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU), e normas de atendimento e uso.

3- PLANOS REGISTRADOS NA ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)

O contratante optará por um dos planos abaixo:

PLANO GAMA DUAS ESTRELAS -	Registrado na ANS sob o nº 401508/998
PLANO GAMA CINCO ESTRELAS -	Registrado na ANS sob o nº 401510/990
PLANO DELTA DUAS ESTRELAS -	Registrado na ANS sob o nº 401516/999
PLANO DELTA CINCO ESTRELAS -	Registrado na ANS sob o nº 401518/995

4- TIPO DE CONTRATAÇÃO, e ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Os planos acima conforme registro na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), são planos com abrangência geográfica regional B – grupos de municípios, com segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, e tipo de contratação individual ou familiar. Sendo que cada qual possui um livreto específico da rede credenciada.

4.1- Abrangência geográfica da rede credenciada: São Paulo, Guarulhos, ABC, Caieiras, Arujá, Santos, Praia Grande, Boqueirão, Guarujá e São Vicente.

5- SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

6- ACOMODAÇÃO PARA INTERNAÇÃO

Padrão de acomodação em caso de internação conforme plano contratado:

- Enfermaria
- Apartamento



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

7- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

7.1- Serão cadastrados como beneficiários dependentes o cônjuge ou companheira (o), os filhos naturais, adotivos, enteados ou tutelados até 18 (dezoito) anos de idade, se do sexo masculino, e até 21 (vinte e um) anos de idade, se do sexo feminino, solteiros, sem rendimentos de qualquer natureza. Nestas condições mantêm-se como dependentes ainda estudantes cursando nível básico, técnico ou superior e ainda os inválidos de qualquer idade.

7.2- Em caso de inscrição de filho adotivo do Beneficiário, menor que 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.

7.3- Às crianças nascidas de parto coberto pela operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo.

7.4- Cada título receberá um livro da Rede Médica Credenciada, e cada titular e dependente receberá uma carteirinha de identificação, que com a qual, juntamente com o documento de identidade e boleto de pagamento, formalizará o atendimento na rede credenciada.

8- COBERTURAS

A CONTRATADA cobrirá os custos, relativos aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares com obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, e relacionados a doenças listadas na CID-10, nos termos do art. 12, incisos I, II E III da Lei nº 9.656/98, devendo ser observadas ainda, as especialidades do art. 10-A da mesma lei, e o disposto nas resoluções nº. 11/98, 12/98 e 13/98, do CONSU, no que se aplicam ao plano.

8.1- Cobertura das doenças do CID-10.

8.2- Cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

8.3- Cobertura assistencial ao Recem-nascido, filho natural, ou adotivo do titular ou de seus dependentes, durante os primeiros trinta dias após o parto.

8.4- Cobertura de consultas médicas, em numero ilimitado, em clinicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pre-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, nos locais estipulados no livro da Rede Médica Credenciada.

8.5- Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapia ocupacional, limitadas as 6 (seis) sessões ao ano, conforme indicação médico assistente.

8.6- Cobertura de 12 (doze) sessões de psicoterapia ao ano, que poderão ser realizados tanto por psicólogo, como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

8.7- Cobertura dos procedimentos de fisioterapia, em numero ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

8.8- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitado pelo médico assistente, ou ao cirurgião-dentista, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

8.9- Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- Hemodialise e dialise peritoneal – CAPD
- Quimioterapia oncológicas ambulatoriais
- Radioterapias
- Hemodinâmica ambulatorial
- Hemoterapias ambulatoriais
- Cirurgias ambulatoriais



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

8.10- Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazos, valor máximo e quantidades, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

8.11- Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazos, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

8.12- Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

8.13- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle e evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

8.14- Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados (nacionais ou nacionalizados), assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.

8.15- Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

8.16- Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

8.17- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

8.18- Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- Hemodialise e dialise peritoneal – CAPD
- Quimioterapia oncológicas ambulatoriais
- Radioterapias
- Hemoterapias
- Nutrição enteral ou parenteral
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica
- Embolizações
- Radiologia intervencionistas
- Exames pre-anestésicos ou pré-cirúrgicos
- Fisioterapia

8.19- Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

8.20- Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer.

8.21- Estão cobertos os tratamentos básicos de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, compreendendo:

- Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais.

– Atendimento à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 sessões contratual, não cumulativa.

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

– Cobertura de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativo, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

– Cobertura de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativo, em hospital geral, para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

– Para os casos em que o período de internação exceder os prazos definidos acima no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devido pelos beneficiários a co-participação de 50% (por cento) nas internações.

– O usuário também poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, sendo a cobertura estendida de 180 (cento e oitenta) dias por ano para os diagnósticos: F00 A F09; F20 A F29; F70 a F79; F90 a F98, relacionados no CID-10.

8.22- Os beneficiários dos presentes contratos terão direito a cobertura de transplante de rim e córneas, bem como as despesas com procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias á realização do transplante, incluindo:

– Despesas assistenciais com doadores vivos

– Medicamentos utilizados durante a internação

– Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção

– Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.

OBS.: Os candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ORGÃOS – CNCDO'S, integrantes do SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES – SNT, e se sujeitar-se-ão ao critério da fila única de espera e de seleção.

8.23- Terão ainda direito, à assistência de pre-natal e assistência ao parto, compreendendo assistência imediata ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os 30 (trinta) primeiros dia após o parto e/ou adoção, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

8.24 - Cirurgia refratária com grau maior que 7.0.

9- EXCLUSÕES

Não estão incluídos neste contrato, como obrigação da CONTRATADA, os procedimentos relativos a:

9.1- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

9.2- Aparelhos estéticos de substituição ou complementares de função tais como:

– Aparelho de surdez;

– Aparelhos ortopédicos.

9.3- Inseminação artificial.

9.4- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

9.5- Fornecimentos de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

- 9.6- Fornecimentos de prótese, órtese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- 9.7- Tratamento clínico e/ou cirúrgico experimental, tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 9.8- Casos de Cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 9.9- Cirurgia refratária com grau menor que 7.0.
- 9.10- Remoção (exceto as previstas neste contrato).
- 9.11- Medicamentos importados, vacinas importadas/nacionais para qualquer fim.
- 9.12- Tratamento odontológico de qualquer natureza, mesmo que decorrentes de acidente pessoal.
- 9.13- Atendimento domiciliar, mesmo que de urgência e/ou emergência.
- 9.14- Transplante e implante de órgãos ou aparelhos, a exceção de rins e córneas.
- 9.15- Tratamentos psicoterápicos, psicanalíticos e sonoterápicos (com exceção dos tratamentos descritos no item 8 sub-item 8.21).
- 9.16- Cirurgias do buco-maxilo-facial (exceto em casos de acidente pessoal).

10- VIGÊNCIA

O contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, sendo considerada para início da vigência contratual a data de assinatura deste contrato ou a data do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de modo que não se prolongue os períodos de carência.

DATA DE ASSINATURA
DO CONTRATO

VIGÊNCIA A PARTIR DE:

DE 01 A 05 DO MÊS

A PARTIR DO DIA 10 DO MÊS.

DE 06 A 10 DO MÊS

A PARTIR DO DIA 15 DO MÊS.

DE 11 A 15 DO MÊS

A PARTIR DO DIA 20 DO MÊS.

DE 16 A 20 DO MÊS

A PARTIR DO DIA 25 DO MÊS.

DE 21 A 25 DO MÊS

A PARTIR DO DIA 30 DO MÊS.

DE 26 A 31 DO MÊS

A PARTIR DO DIA 05 DO MÊS SUBSEQUENTE.

- PARAGRAFO UNICO: estou ciente que a proposta de admissão, tem um prazo de 48 horas da data de assinatura, para chegada a sede da Med Tour Saúde.

11- RENOVAÇÃO CONTRATUAL

O contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas.

12- PERIODOS DE CARÊNCIA

As coberturas garantidas pela CONTRATADA somente terão efeito após decorridos os seguintes períodos de carência, contados a partir do início da vigência do contrato.

12.1- Urgências e Emergências = 24 horas para casos de urgência e/ou emergência.
Limitadas as 12 primeiras horas.

12.2- Consultas, exames de rx e laboratoriais de rotina = 30 dias.

12.3- Exames especializados e procedimentos ambulatoriais = 120 dias



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

12.4- Internações de casos clínicos e/ou cirúrgicos em fase aguda, exames otoneurológicos, ecocardiografias, testes ergométricos, teste de holter, medicina nuclear, endoscopias (todas), litotripsias, eletromiografias, eletroneuromiografias, densitometria óssea, tomografia computadorizada, fluoresceinografia, cateterismo cardíaco, ressonância magnética, quimioterapias, radioterapias, campimetria, cineangiocoronariografia, estudo urodinamico, angiografia digital, potencial auditivo sensorial, videolaparoscopia, ecodoppler (todos), exames laboratoriais imunológicos, teste alérgicos, exames hormonais, cirurgias eletivas ambulatoriais, teste de função pulmonar e exames relacionados com a gravidez = 180 dias

12.5- Partos e as consequências relacionadas a gravidez = 300 dias.

12.6- Saúde mental, de acordo com as condições específicas estipuladas no item 8 sub-item 8.21 = 180 dias.

12.7- Cobertura parcial temporária, suspensão de internações/cirurgias/procedimentos e exames relacionados a doenças pre-existentes = 24 meses.

PARAGRAFO ÚNICO: REMOÇÕES; A CONTRATADA colocará a disposição dos associados que necessitarem de transferência, quando em carência ou sem cobertura, os serviços de remoção; porém a responsabilidade de localização da vaga é do titular do plano ou familiares do doente.

13- DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Estão cobertas pelo presente contrato as doenças e lesões pré-existentes, que são aquelas das quais os beneficiários saibam ser portadores ou sofredores à época da sua contratação.

13.1- A CONTRATADA deverá disponibilizar a Carta de Orientação ao Beneficiário, como parte integrante obrigatória deste contrato.

13.2- O beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento da DLP (doença ou lesões pre-existente), à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito á suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

13.3- Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do beneficiário.

13.4- O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente a lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

OBS. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

13.5- É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão neste plano.

13.6- Para fins do presente contrato, entende-se por COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal; e entende-se como AGRAVO qualquer acréscimo no valor da contratação paga, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada para a doença ou lesão preexistente declarada, após prazos de carências contratuais.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

13.7- Caso a CONTRATADA não ofereça CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou AGRAVO.

13.8- Alegada a doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação ou adesão ao plano, o beneficiário deverá ser comunicado imediatamente pela CONTRATADA que poderá oferecer as opções de CPT, AGRAVO ou abrir um processo administrativo para julgamento com alegação de omissão na declaração de saúde.

13.9- Caso o Beneficiário não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o Julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

13.10- Cabe à CONTRATADA o ônus da prova, devendo comprovar o conhecimento prévio do beneficiário de DLP, não declaradas no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

– Não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pela ANS.

– Após o julgamento e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data da efetiva comunicação pela CONTRATADA.

14- URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14.1- Limitados a 12 (doze) horas nos casos de carência ou falta de cobertura.

14.2- Estão cobertos os atendimentos de urgência e emergência que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, assim caracterizado em declaração pelo médico assistente.

14.3- O plano contratado oferece cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgão e funções.

14.4- Quando o atendimento emergencial for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano, com segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

14.5- O atendimento de urgência/emergência decorrentes de acidente pessoal, será garantido, sem restrição, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do contrato.

14.6- Estão garantidos também os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

14.7- Em caso de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar, porém ainda em cumprimento de carência, a CONTRATADA fica obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial.

14.8- Nos contratos que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doença e lesões pré-existentes, quer resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos relacionados a doenças e lesões pre-existentes a cobertura do atendimento de urgência e emergência estará limitada a 12 (doze) primeiras horas de atendimento, ou até que ocorra a necessidade de internação.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

15- REEMBOLSO

15.1- Fica assegurado ainda o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em caso de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA.

15.2- Será concedido reembolso ao CONTRATANTE das despesas de urgências e emergências, conforme os limites descritos neste contrato. Para tanto deverá ser apresentado a CONTRATADA notas fiscais e recibos, de honorários médicos, anestesistas, auxiliares assistentes e outros, discriminando as funções a que se refere, além do relatório do médico assistente discriminando diagnóstico e o tratamento efetuado, conta hospitalar com relação de materiais e medicamentos utilizados e os laudos dos exames efetuados.

15.3- As despesas serão reembolsadas de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA, no prazo de 30 dias, contados da data da entrega da documentação à CONTRATADA, para análise e efetivação do reembolso. Somente para o titular do plano ou responsável legal. Fica estabelecido ainda o prazo de 1 (um) ano para prescrição para o beneficiário apresentar os documentos.

16- REMOÇÃO

16.1- A CONTRATADA garantirá cobertura para remoção do paciente, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizado, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao beneficiário ou pela necessidade de internação relacionada às coberturas suspensas durante o cumprimento de prazos de carência ou Cobertura Parcial Temporária.

PARAGRAFO PRIMEIRO: Quando não houver condições para remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o Prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a CONTRATADA.

16.2- Caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade de remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência/emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Pré-existentes.

16.3- Para remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade do SUS.

PARAGRAFO PRIMEIRO: Caso o beneficiário, ou seus responsáveis optar, mediante assinatura do termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade diferente da prevista nos subitens anteriores, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

16.4- É assegurada a cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato.

17- MECANISMO DE REGULAÇÃO DA REDE CREDENCIADA

17.1- A divulgação da Rede de Prestadores se dá através do livreto, da Rede Médica Credenciada, que faz parte do Contrato, onde estão descritos todos os médicos, hospitais, e centros de análise e diagnóstico, que mantem contrato de autorização para atendimento aos associados da CONTRATADA.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

17.2- Para todos procedimentos solicitados o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador do serviço credenciado, além dos documentos de identificação, a guia de autorização, quando necessária, devidamente assinada pela CONTRATADA.

17.3- Nos procedimentos que exigem autorização previa, fica garantido pela CONTRATADA o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

17.4- Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar, ocorrer por vontade da CONTRATADA, durante o período de internação dos beneficiários, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, à critério médico, na forma do contrato.

17.5- Para os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, quando a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

17.6- É garantido ainda, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização previa, a definição do impasse através de junta constituída por profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

18- PREÇOS

A formação de preço é pré-estabelecimento através de calculos atuariais devidamente endossados por atuário registrado (MIBA).

19- PAGAMENTO E MENSALIDADES

19.1- A primeira mensalidade será paga no ato da assinatura deste contrato, vencendo as demais a cada 30 dias, da data da vigência do contrato. As mensalidades deverão ser liquidadas na rede bancaria ou nos escritórios da CONTRATADA.

19.2- O atraso no pagamento acarretará juros de mora de 1% (um por cento) ao mês até o efetivo pagamento, Correção monetária pela variação do IGPM PRO-RATA, além de multa de 2% (dois por cento) aplicados sobre cada parcela pendente.

PARAGRAFO PRIMEIRO: O CONTRATANTE autoriza desde já o CONTRATADO a efetuar a cobrança deste contrato da melhor forma que assim o CONTRATADO julgar pertinente.

20- REAJUSTE E FAIXAS ETÁRIAS

20.1- As contratações pecuniárias serão reajustadas anualmente, na data de aniversario do contrato, observando prévia autorização da ANS, levando-se em conta os índices estabelecidos pela ANS ou outro que venha a substituí-lo.

**MED-TOUR®***Eficiência e
Competência!***S A Ú D E****ANS 328537**

20.2- As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito, conforme descrição no quadro abaixo:

Faixas Etárias	(%) Aumento	Observações
De	Para	
00-18	19-23	22,58% Cobrados no mês que completar 19 anos
19-23	24-28	13,80% Cobrados no mês que completar 24 anos
24-28	29-33	12,12% Cobrados no mês que completar 29 anos
29-33	34-38	9,06% Cobrados no mês que completar 34 anos
34-38	39-43	8,29% Cobrados no mês que completar 39 anos
39-43	44-48	45,20% Cobrados no mês que completar 44 anos
44-48	49-53	31,13% Cobrados no mês que completar 49 anos
49-53	54-58	35,28% Cobrados no mês que completar 54 anos
54-58	59 ou +	26,08% Cobrados no mês que completar 59 anos

"Havendo mudança na faixa etária do titular e/ou dependentes, os valores serão automaticamente reajustados de acordo com a nova faixa etária, no mês de alteração da faixa etária."

21- EXCLUSÕES OU PERDA DO BENEFICIÁRIO

21.1- Os beneficiários e dependentes serão excluídos do presente contrato nas seguintes hipóteses;

- Quando perder a condição de dependente;
- Quando o beneficiário titular solicitar por escrito a sua exclusão, desde que a mesma não seja obrigatória por lei.
- Com a exclusão do beneficiário titular, ao qual estiver vinculado.
- Em causa de fraude devidamente comprovada.

22- RESCISÃO CONTRATUAL OU CANCELAMENTO

22.1- Este contrato poderá ser rescindido em causa de fraude devidamente comprovada.

22.2- A CONTRATADA poderá rescindir este contrato, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não desde que o beneficiário seja comprovadamente avisado no 50º (quingüagésimo) dia, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.

23- DISPOSIÇÕES GERAIS

Este plano foi elaborado pela MED TOUR SAÚDE levando-se em consideração as normas estipuladas na lei 9.656/98 e sua resolução.

23.1- Após assinatura da proposta de admissão, preenchimento da declaração de saúde e pagamento da primeira mensalidade, Vsa. Receberá a carteirinha de identificação, livreto da rede médica credenciada e carne de pagamento das próximas 6 (seis) mensalidades.

23.2- Será cobrado 2º via de carteirinha e carne sem a devida comprovação de roubo. Para carteirinha o valor é de R\$ 1,00 (um real) por carteirinha emitida, e R\$ 1,00 (um real) por carne.

24- ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o foro da comarca de São Paulo, para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que possa ser.

24.1- E por estarem juntos e contratados, assinam a proposta de admissão que faz parte deste contrato, em duas vias de igual teor.

**MED-TOUR®***Eficiência e
Competência!***S A Ú D E****ANS 328537**

Parto normal

Movimento ANS com apoio MED-TOUR SAÚDE em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias no setor suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como função regular as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e como missão defender o interesse público. Por este motivo vem prestar informações sobre as elevadas taxas de cesarianas desnecessárias no setor suplementar e lançar um movimento pelo parto normal.

Dados fornecidos à ANS pelas empresas que comercializam planos de assistência à saúde demonstram que a proporção de cesarianas no setor é alarmante, situando-se em torno de 80%. Este percentual é totalmente discrepante em comparação ao recomendado pela organização Mundial da Saúde (15%) e aos resultados encontrados em outros países, tais como Holanda (14%), EUA (26%), México (34%) e Chile (40%). Além disso, a proporção de cesarianas do setor suplementar influencia negativamente os dados nacionais: no sistema público de saúde brasileiro, esta proporção é de 26%, bem próxima aos valores encontrados nos outros países, enquanto o resultado nacional, que considera os partos realizados nos setores públicos e privados, é de 43%. Ressalta-se que em nenhum país foi encontrada uma proporção de cesáreas tão elevada quanto a existente hoje nos planos de saúde no Brasil, o que confere a este setor o desagradável título de campeão mundial de cesarianas.

Trata-se de um título indesejável, pois por ser uma cirurgia indicada para os casos que configurem risco materno e/ou fetal, a cesariana, quando eletiva, ou seja, realizada sem que exista uma indicação médica precisa, aumenta os riscos de complicações e de morte para a mulher e para o recém-nascido.

Não raro, as cesarianas são agendadas antes de a mulher entrar em trabalho de parto, aumentando a chance de o bebê ser retirado do útero ainda prematuro, já que é impreciso o cálculo da idade gestacional realizado antes do parto por meio da ultrasonografia ou considerando-se data da última menstruação. A definição exata se o bebê é ou não prematuro somente ocorrerá após o nascimento.

A retirada cirúrgica de bebês do útero antes que tenham atingido completa maturidade fetal é grave, pois estudos demonstram que fetos nascidos entre 36 e 38 semanas têm 120 vezes mais chances de desenvolver problemas respiratórios agudos e, em consequência, necessitar de internação em UTI neonatal do que aqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Esta situação, além de aumentar os custos hospitalares e o risco do desenvolvimento de outros problemas de saúde no bebê, ocasionados pela internação, gera uma separação abrupta e precoce entre mãe e filho, num momento primordial para o estabelecimento de vínculo, para uma melhor adaptação do recém-nato à vida extra-uterina e para o início do aleitamento materno.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

 **ANS** Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Além disso, as chances de a mulher sofrer uma hemorragia ou infecção no pós-parto também são maiores em caso de cesárea, existindo ainda um risco aumentado de ocorrerem problemas em futuras gestações, como a ruptura do útero e o mau posicionamento da placenta.

Tais riscos não são percebidos em nosso meio. Isso porque predomina a visão de que o desfecho da gestação será melhor e mais seguro quando abordado na perspectiva da ultra-especialização e do elevado uso de recursos tecnológicos. Ademais, a conveniência do agendamento e do tempo gasto na cesariana, bem como a insuficiente participação feminina nas decisões clínicas relacionadas ao tipo de parto, gerada pela assimetria de informação entre médico e paciente, estão entre as causas apontadas por especialistas para a "superindicação" de cesáreas.

Outrossim, como muitos mitos sobre contra-indicação de parto normal fazem parte do imaginário coletivo e são utilizados para justificar cesarianas desnecessárias, é importante esclarecer que situações com cesariana anterior, gestação gemelar, fetos grandes, apresentação pélvica (quando o bebê está "sentado" no útero), podem ou não determinar a necessidade de uma cesariana. E ainda, que existem situações como o cordão umbilical envolto no pescoço, baixa estatura da mãe, idade gestacional de 40 semanas, entre outras, que isoladamente não justificam a realização de um cesárea.

Por último, é importante destacar, que quando a equipe de saúde possui uma atitude acolhedora, quando há estímulo para a participação de acompanhante durante todo o trabalho de parto e no parto, quando a mulher é encorajada a ter uma postura ativa, movimentando-se durante o trabalho de parto, adotando posições nas quais sintasse mais confortável e tendo acesso a métodos para o alívio da dor, a vivência do parto pode configurar-se como uma enriquecedora experiência de vida.

A ANS, a partir da constatação da proporção descabida de cesarianas desnecessárias no setor suplementar, tem proposto ações com o intuito de reverter esse quadro e nesse sentido lança um movimento pelo parto normal, em que um dos objetivos é capitanear as discussões sobre estratégias para redução das cesarianas desnecessárias e o incentivo ao parto normal, envolvendo todos os segmentos implicados com este tema. Contudo, esta é uma discussão que não deve ficar restrita ao âmbito da agência reguladora, deve mobilizar em especial as mulheres, as quais devem ousar reivindicar o direito de dar à luz por meio de parto normal, com autonomia e segurança, vivenciando esse momento especial de forma saudável e prazerosa.

Em caso de dúvidas, sugestões e comentários, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou pelo endereço eletrônico ggtap.dipro@ans.gov.br

Rio de Janeiro, 5 de dezembro de 2007

**Relação de Exames e Prazos de Carência****Após a Vigência****Urgência / Emergência Consultas no Centro Clínico**

Exames	Radiologia	RX Crânio	Procedimentos
Contagem de Plaquetas	RX Abdomem	RX Hemi Tórax	Drenagem de abscesso
Eritograma	RX Antebraço	RX Joelho	Eletrocardiograma
Hematócrito	RX Bacia	RX Mão	Suturas
Hemoglobina	RX Braço	RX Omoplata	
Hemossedimentação	RX Cotovelo	RX Pé	
Leucograma	RX Clavícula	RX Perna	
Urina I	RX Calcâneo	RX Punho	
Papanicolau	RX Coxa	RX Tórax	
Hemograma			

Exames Carência 30 dias

Afresco	Cristais	Grupo sanguíneo	Proteínas t/f
Ácido Ascóricico	Cultura /atb	Hanger	Prova laço
Ácido Clínico	Cultura baar /atb	Haptoglobina	Reação tuberculose
Ácido Fenil Pirúvico	Curva glicêmica /hora	HDL colesterol	Reserva alcalina
Ácido Fólico	Curva glic. Classe 5	Helminthos ident.	Retração coágulo
Ácido Lático	Curva glic. Classe 6	Hemocultura	Rivalia reação
Ácido Úrico	Curva glic. Classe 4	Hemoglobina	Rotina amido
Ácido Úrico/urina	Curva glic. Classe 3	Hemoglobina Glicosel	Rotina liq. Aminiótico
Ácido graxos esferf.	Curva glic. Classe 2	Hermoglobina plasmat.	Saliva nak
Albumina na urina	Dixiliose prova	Heparina dosagem	Saturação transferrina
Aldoladose	Densidade urinária	Hidroxirolina	Secreção uretral
Alfa 1	Desidrogenase Alfa	Iontoforese	Semimento urinário
Alfa 1 glicoproteínas	Desidro. Glutômica	Kam teste	Sedimentoscopia
Alfa 3 macroglobulina	Desidro. Isocítrica	Kumel	Sódio
Amilase	Desidro. Láctica	LDL colesterol	Subs. Redutora fezes
Anal swab	Desidro. La fração	Leucino aminopept.	Suor NAKL
Antitrombina 3	Dimorfismo eritroct	Leucócitos fecais	Swab anal oxiúrios
Bacteroscopia	Dosagem amônia	Leveduras pesquisa	Tempo coagulação
Bilirrubina	Ducrev. Pesq.	Lipase	Tempo coag. Ativado
Bilirrubinas t/f	Eletro glicoproteínas	Lítio	Tempo lise hemogl.
Cálcio	Eletro hemoglobina	Magnésio	Tempo protrombina
Cálculo urinário	Eletro Proteínas	Metahemoglobulina	Tempo recalcificação
Cap. Lat. Fixão Ferro	Erros inatos meta.	Micológico comp.	Tempo sangramento
Caroteno	Eosinófilos fezes	Micológico direto	Tempo coagulação
Ceruloplasmina	Espectrofotometria	Mucoproteínas	Tempo trombina
Cetonúria	Espermocultura	Osmolalidade	Tempo trombina Parcial
Cistinúria	Etossuximida	Oxalato	Teofilina
Citograma Nasal	Falcização hemácias	Parasitológico fezes	Teste ger. Tromb.
Clearence Creat.	Fator RH	Pesquisa baar	Teste neutro heparina
Clearence Uréia	Fenilcetonúria	Pesquisa celulas le	Teste gelificado etanol
Clearence Teste	Fenobarbital	Pesquisa hematozoar.	Teste gelificado prota.
Cálculo Urinário	Fenol fulfoltoleina	Pesquisa monília	Timol
Cloro	Ferro sérico	Pesquisa oxolato	Tipagem sanguínea
Coagulograma	Fibrinogênio dosag.	Pesquisa regocitos	Triptofano
Cobre	Fosfatase ácida	Pes. Sangue ocult.	Transaminase oxalacet
Colesterol Total	Fosf. ac. fr. Pos.	PH sangue	Transaminase Piruvic
Colesterol esterif.	Fosfatase alcalina	PH fecal	Transferrina
Colposcopia	Fosfato	PH urinário	Treponema pesq.
Contagem addis	Fosfolipídios	PH lipídios	Triglicérides
Contagem retículos	Fósforo	Plasminogênio	Tripanossoma Pesq.
Comb dir/ind	Frutose	Plasmódio pesq.	Uréia
Coprocultura / atb	Fungos Pesquisa	Potássio	Urobiligeno
Coprológico func.	Galactose	Pro Der. Fibrina	Urocultura
Coproporfina urina	Gama gt	Proteínas bence jones	VDRL
Creatinina	GL. 6 fost. Desidrog.	Proteínas glicosilada	Vulvosocopia
Creatina	Glicose/urina períodos	Proteínas urinária	
Creatina fosfoquinase	Gordura fecal	Proteínas totais	



Relação de Exames e Prazos de Carência

Exames Especializados 4 Meses de Carência

Alfabeto Proteínas	Curva lactose 5 dosag.	Mapeamento retina	Sialografia
Anaeróbio Cultura	Curva tens. Diária	Metanefrinas	Teste imagem
Anatomo Patológico	Curva Triglicérides	Micoplasma pesq.	Teste tolerância
Anatomo Cortical	Decay ref. Estap.	Microalbuminúria	Teste flowlet
Audiometria Vocal	Diazepam	Olfatometria	Teste Wepmann
Audiometria Tonal	Digoxina	Paquimetria	USG abdomem
Biometria Ultra-sônico	Endoscopia	Pes. Fenômeno	USG Aparelho Urina
Biópsia	Eletrogustometria	Prova Doerfler	USG Articulações
Carmabazepina	Exames gravidez	Prova Stenger	USG Craniano
Cauterização colo útero	Ferritina	Prova Lombard	USG Globo Ocular
Cauterização química	Fenitoina	Prova func. Hepática	USG Próstata
Chlamydia Pesquisa	Fisioterapias	Rinomanometria	USG Pélvico
Citograma orofaringe	Gasometria	RX Cister Opaco	Uretrocistografia
Citologia líquidos	Herpes virus pesquisa	RX Enema Opaco	Urofluxometria
Clonazepam	Impedanciometria	RX Esôfago	Urografia
Criptosporidium pesq.	Liquor	RX Estomago/duodeno	
Cromatografia aminoac.	Mamografia	RX transito morf.	
Cultura microplasma			

Exames Especializados 6 Meses de Carência

Angiofluorescência	Dopplerfluxometria	Exames hormonais	Punção aspirativa
Angiografia	Ecocardiograma	Exames imunologia	Ressonância
Broncoscopia	Eco. Vascular	Histerossalpingografia	Retossigmoidoscopia
Campimetria	Eco. Carótidas	Holter	Teste ergométrico
Cineangiocoronariografia	Eco. Stress / Esforço	Laringoscopia	Teste alérgico
Cintilografia	Eco. doppler scam	Litotripsia	Tomografia
Cistoscopia	Eco. transesofag.	Mapa Pressão	Uretoscopia
Colangeopancreatog.	Eco. doppler vertebral	Mapeamento cerebral	Urodinamica
Colonoscopia	Eletroneuromiografia	Nasofaringoscopia	
Dacriocistografia	Endoscopia	Otoneurológico	
Densitometria óssea	Estudo urodinamico	Provas func. Pulmoar	

* Os exames não relacionados acima têm carências de acordo com sua complexidade.