3320-1000-GERAL
3320-4200-ADM.
3320-4229-RUI

Amil

QUALIFICAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

Contratada: **Amil Assistência Médica Internacional Ltda**, inscrita no CNPJ nº. 29.309.127/0086-68 com endereço na Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 715, bairro Centro, nesta Capital.

Contratante: Ordem dos Advogados do Brasil Seção do Paraná, inscrita no CNPJ nº 77.538.510/0001-41, com endereço na Rua Brasilino Moura, 253 – Bairro Ahú – Curitiba/PR.

Reger-se-á o presente Contrato PJ-105-B pelas disposições constantes da Minuta Padrão cuja cópia se encontra em anexo, além do termo aditivo no qual ficarão definidas condições complementares no que se diz respeito a Plano, valores, condições de reembolso, movimentação cadastral, forma de pagamento ou outro não citado aqui.
E por estarem assim de acordo, assinam o presente termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, a fim de que se produzam os seus devidos e legais efeitos.

Curitiba, 13 de Dezembro de 2006.

Pela Contratante

Nome: Manoel Antonio de Oliveira Franco
OAB/PR: 6.146
Cargo: Presidente

Pela Contratada

Nome: André Luiz Madureira de Oliveira
CPF: 531.948.109-87
Cargo: Diretor Comercial

Nome: Cássio R. Seleme Zandoná
CPF: 598.030.459-20
Cargo: Superintendente

Amil

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE CUSTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR PJ 105-B CELEBRADO ENTRE AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA., COMO CONTRATADA E ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO DO PARANÁ, COMO CONTRATANTE, NA DATA DE 01/02/2007.

1. O presente contrato entrará em vigor a partir de 01 de fevereiro de 2007.

2. Os preços definidos nas planilhas abaixo foram calculados de acordo com a Solicitação de Proposta de Adesão Pessoa Jurídica de nº PR0094039.

Planos*	Valor per capita (R$)
Amil 20 Q.P.	92,52

* Reembolso de até R$45,00 por consulta

3. A movimentação cadastral para fins de faturamento realizar-se-á no período de 16 a 20 de cada mês.

4. A fatura será cobrada em regime de pré-pagamento, ficando seu vencimento para o dia 01 de cada mês.

5. Fica estabelecido que os beneficiários cadastrados na data do presente contrato e, os que forem inclusos posteriormente e estiverem em conformidade com a cláusula quarta do contrato principal, estarão isentos do cumprimento dos prazos de carências.

6. Novas inclusões que não estiverem em conformidade com a cláusula anterior, cumprirão os seguintes prazos de carências:

PRC – 063 – GRUPO DE BENEFÍCIOS	NÃO PRE EXISTENTES	PRE EXISTENTES
Consultas em consultórios e clínicas médicas	05 dias	05 dias
Atendimento de urgência/emergência e CPT	01 dia	01 dia
Exames ambulatoriais básicos	05 dias	05 dias
Exames ambulatoriais especiais	60 dias	180 dias
Exames especiais: tomografia computadorizada, ressonância magnética, cintilografia, angiografia e doppler	180 dias	180 dias
Exames especiais em obstetrícia e neonatologia	180 dias	180 dias
Procedimentos ambulatoriais básicos	05 dias	05 dias
Procedimentos ambulatoriais especiais	60 dias	180 dias
Procedimentos especiais em urologia, litotripsia, histeroscopia terapêutica, diálise e hemodiálise	180 dias	180 dias
Procedimentos especiais em obstetrícia e neonatologia	180 dias	180 dias
Procedimentos especiais em reabilitação/ fisioterapia/ dessensibilização	180 dias	180 dias
Doenças ou tumorações benígnas ou malígnas, radioterapia, quimioterapia (cânceres, leucemias, carcinomas)	180 dias	540 dias

Doenças do aparelho gênito-urinário (cálculos, infecções dos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra, entre outras)	60 dias	540 dias
Doenças das veias (como varizes, entre outras)	60 dias	180 dias
Doenças do aparelho cardiocirculatório (angina, infarto, pressão alta, entre outras)	60 dias	540 dias
Doenças endócrinas ou metabólicas (como diabetes, tireóide, entre outras)	60 dias	540 dias
Doenças do aparelho digestivo (vesícula, fígado, intestino, entre outras)	60 dias	540 dias
Hérnia de qualquer tipo (inguinal,umbilical, incisional, entre outras)	60 dias	270 dias
Doenças do sangue ou imunológicas (anemia, púrpura, talassemia, entre outras)	60 dias	540 dias
Doenças do sistema nervoso e cérebro-vasculares (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, entre outras)	60 dias	360 dias
Doenças de ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, desvio septo, sinusites, amigdalites, entre outras)	60 dias	360 dias
Doenças crônicas do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, entre outras)	60 dias	360 dias
Transplante de córnea e rim	180 dias	720 dias
Doenças relacionadas ao HIV (AIDS ou suas complicações infecciosas ou degenerativas)	60 dias	720 dias
Doenças ginecológicas e de mama (períneo, mioma, cisto ovário, cisto mama, entre outras)	60 dias	300 dias
Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, deformidades ósseas, entre outras)	60dias	360 dias
Atraso menstrual e gravidez ou complicações do parto	300 dias	300 dias
Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, hidrolece, fimose, parafimose, entre outras)	60 dias	540 dias
Doenças ou malformações congênitas ou hereditárias	60 dias	540 dias
Doenças dos olhos e anexos (catarata, glaucoma, miopia, hipermetropia, estrabismo)	60 dias	720 dias
Transtornos mentais e do comportamento pelo uso de drogas (álcool, apiáceos, maconha, cocaína, LSD, entre outros)	60 dias	720 dias
Transtornos mentais e do comportamento (depressão, esquizofrenia, neuroses, retardo mental, entre outros)	60 dias	720 dias

7. Fica acordado a cobertura para acidentes de trabalho de caráter individual, em nível ambulatorial e hospitalar.

8. As mensalidades serão corrigidas, na periodicidade autorizada pela legislação vigente ou quando ocorrer desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, obedecendo os seguintes critérios:
   - se a relação custo médico-receita permanecer inferior ou igual a 70%, o reajuste será o percentual estipulado pela ANS – Agência Nacional de Saúde ou outro que exprima a melhor variação da inflação médica do período;
   - se a relação custo médico-receita for superior a 70%, além da variação estipulada no item anterior, haverá também a aplicação do percentual necessário para que a relação custo médico-receita retorne à 70%.

9. Fica estabelecido que a Contratada repassará à título de pró-labore o valor correspondente à 2,5% (dois vírgula cinco por cento) do valor rebido, bem como 20 % (vinte por cento) de agenciamento revertido à Caixa de Assistência dos Advogados Seção Paraná.

Amil

10. Qualquer alteração ou adendo aos termos deste Contrato, deverá ser precedida de notificação escrita e só entrará em vigor, após expressa anuência de ambas as partes.

11. Fica eleito, desde já, o foro da Comarca de Curitiba/PR para dirimir qualquer conflito de ordem judicial ou extrajudicial decorrente do presente instrumento.

Assim, por estarem de mútuo e pleno acordo em relação a todas as cláusulas, direitos e obrigações aqui livremente pactuadas, as partes assinam o presente Instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente com as testemunhas abaixo indicadas, para que o presente instrumento produza todos os seus jurídicos e legais efeitos.

Curitiba, 13 de Dezembro de 2006.

Pela Contratante

Nome: Manoel Antonio de Oliveira Franco
OAB/PR: 6.146
Cargo: Presidente

Pela Contratada

Nome: André Luiz Madureira de Oliveira
CPF: 531.948.109-87
Cargo: Diretor Comercial

Nome: Cássio R. Seleme Zandoná
CPF: 598.030.459-20
Cargo: Superintendente

Amil

PLANOS AMIL EMPRESA 50 OU MAIS BENEFICIÁRIOS– PJ 105 - B1

CLÁUSULAS PÁGINA

O presente contrato de Cobertura de Custos de Assistência Médica e Hospitalar estabelece a relação entre a AMIL - Assistência Médica Internacional Ltda., registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar com o nº 326305, daqui por diante denominada AMIL, e a CONTRATANTE, pessoa jurídica, ambas devidamente qualificadas nos termos aditivos, e neste ato devidamente representadas, regendo-se pelas cláusulas a seguir.

1. Cláusula Primeira

OBJETO

1.1 - O presente contrato tem por objetivo regular a cobertura de custos ou reembolso, pela AMIL, das despesas correspondentes à assistência médica prestada por terceiros aos beneficiários regularmente cadastrados, nos limites e condições de cobertura estabelecidos pelo plano escolhido, demais cláusulas deste contrato e seus termos aditivos, em conformidade com o que determina a Lei 9656, de 3 de junho de 1998, e as disposições que a regulamentaram (o texto da Lei, suas modificações e regulamentação, podem ser obtidos no site da ANS: www.ans.gov.br).

1.1.1 - **Para efeito deste contrato, a CONTRATANTE deve incluir na data de início da vigência do mesmo no mínimo 50 (cinquenta) beneficiários titulares ou dependentes que comprovadamente tenham vínculo empregatício com a CONTRATANTE;**

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

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

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

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

2. Cláusula Segunda

CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS COM REEMBOLSO AMIL

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

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

- Plano AMIL 50.101 **com reembolso de até uma vez a Tabela Amil para consultas e atendimento em pronto-socorro e até duas vezes para honorários médicos de internação**, Orientador Médico Rede AMIL 50, abrangência geográfica Nacional, acomodação em quarto privativo com acompanhante, **não havendo reembolso para exames, procedimentos ambulatoriais e para os custos hospitalares de internação;**

- Plano AMIL 50.102, **com reembolso de até duas vezes a Tabela Amil para consultas, atendimento em pronto-socorro e para honorários médicos de internação**, Orientador Médico Rede AMIL 50, abrangência geográfica Nacional, acomodação quarto privativo com acompanhante, **não havendo reembolso para exames , procedimentos ambulatoriais e para os custos hospitalares de internação**;

- Plano AMIL 60.101, **com reembolso de até três vezes a Tabela Amil para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames e procedimentos ambulatoriais e até quatro vezes para honorários médicos de internação, com reembolso dos custos hospitalares de internação (nos termos da cláusula 11.2.1)**, Orientador Rede AMIL 60, abrangência geográfica Nacional, acomodação em quarto privativo com acompanhante;

- Plano AMIL 60.102, **com reembolso de até cinco vezes a Tabela Amil para consultas, atendimento em pronto-socorro e exames e procedimentos ambulatoriais e até seis vezes para honorários médicos de internação, com reembolso dos custos hospitalares de internação (nos termos da cláusula 11.2.1)**, Orientador Rede AMIL 60, abrangência geográfica Nacional, acomodação em quarto privativo com acompanhante;

2.2 - Nos planos AMIL COM REEMBOLSO, a CONTRATANTE poderá **em consonância com o plano escolhido**, utilizar os serviços de médicos, os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e os serviços de hospitais da sua livre escolha e também da rede credenciada AMIL.

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

2.3 - A rede credenciada dá nome ao orientador médico, onde estão listados todos os prestadores de serviços – médicos, clínicas, serviços de diagnósticos e hospitais a que poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas.

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

Grupo de Benefício	AMIL 50-101	AMIL 50.102	AMIL 60.101	AMIL 60.102
Consultas	**até** 1 vez a tabela AMIL	**até** 2 vezes a tabela AMIL	**até** 3 vezes a tabela AMIL	**até** 5 vezes a tabela AMIL
Atendimento de urgência em pronto-socorro hospitalar	**até** 1 vez a tabela AMIL	**até** 2 vezes a tabela AMIL	**até** 3 vezes a tabela AMIL	**até** 5 vezes a tabela AMIL
Exames e procedimentos básicos ou especiais de apoio diagnóstico e tratamento	Sem direito a reembolso	Sem direito a reembolso	**até** 3 vezes a tabela AMIL	**até** 5 vezes a tabela AMIL
Honorários médicos de internação	**até** 2 vezes a tabela AMIL	**até** 2 vezes a tabela AMIL	**até** 4 vezes a tabela AMIL	**até** 6 vezes a tabela AMIL
Custos Hospitalares de Internação	Sem direito a reembolso	Sem direito a reembolso	Sim – vide **11.2.1**	Sim – vide **11.2.1**

2.4.1 - **Poderão ser estabelecidos outros padrões para os multiplicadores de reembolso, definidos em termo aditivo ao presente contrato.**

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

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

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

2.6 - A área geográfica de abrangência de atendimento, em consonância com a classificação estabelecida na RDC Nº 4 da ANS de 18 de fevereiro de 2000, cujo conteúdo pode ser encontrado no *site* da ANS – *www.ans.gov.br* –, corresponde a:

Planos	Orientador Médico	Abrangência Geográfica
AMIL 50 – 101	Rede AMIL 50	Nacional
AMIL 50 – 102	Rede AMIL 50	Nacional
AMIL 60 – 101	Rede AMIL 60	Nacional
AMIL 60 – 102	Rede AMIL 60	Nacional

2.7 - Nos planos AMIL COM REEMBOLSO, a CONTRATANTE poderá optar, de modo expresso e através de pagamento adicional, pelos aditivos AMIL Resgate Saúde, AMIL Medicamentos e AMIL Urgências em Viagens ao Exterior, **cujas regras estão expressas em seguida à última cláusula deste Contrato.**

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

3. Cláusula Terceira

CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS DE REDE CREDENCIADA AMIL

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

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

- Plano AMIL 10.101, **Orientador Médico Rede AMIL 10,** abrangência geográfica Grupo de Estados, acomodação em quarto privativo ou quarto coletivo;
- Plano AMIL 20.101, **Orientador Médico Rede AMIL 20,** abrangência geográfica Nacional, acomodação em quarto privativo ou quarto coletivo;
- Plano AMIL 30.101, **Orientador Médico Rede AMIL 30,** abrangência geográfica Nacional, acomodação em quarto privativo;
- Plano AMIL 40.101, **Orientador Médico Rede AMIL 40**, abrangência geográfica Nacional, acomodação em quarto privativo;
- Plano AMIL Referência, de acordo com os artigos décimo e décimo segundo da Lei 9656, **Orientador Médico Rede AMIL Referência**, com abrangência geográfica Grupo de Municípios, acomodação em quarto coletivo.

3.3 - O Orientador Médico de cada plano lista todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, com os serviços e especialidades a que poderá ter acesso com cobertura pela AMIL.

3.4 - **Qualquer que seja o plano AMIL DE REDE CREDENCIADA contratado somente haverá direito a acompanhante quando o beneficiário for menor de 18 ou maior de 60 anos de idade.**

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

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

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

3.6 - **A área geográfica de abrangência de atendimento, em consonância com a classificação estabelecida na RDC Nº 4 da ANS de 18 de fevereiro de 2000, cujo conteúdo pode ser encontrado no *site* da ANS –** *www.ans.gov.br* **–, corresponde a:**

Planos	Orientador Médico	Abrangência Geográfica
AMIL Referência	Rede AMIL Referência	Grupo de Municípios
AMIL 10 – 101	Rede AMIL 10	Grupo de Estados
AMIL 20 – 101	Rede AMIL 20	Nacional
AMIL 30 – 101	Rede AMIL 30	Nacional
AMIL 40 – 101	Rede AMIL 40	Nacional

3.6.1 - **O Grupo de Estados da Rede Amil 10 compreende os Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Ceará e Distrito Federal ;**

3.6.2 - **O Grupo de Municípios da Rede Amil Referência corresponde aos Municípios que constam do Orientador Médico Amil Referência do estado onde está sendo assinada a Solicitação de Adesão;**

3.6.3 - **O atendimento para urgências e emergências abrange todo o território nacional, observadas as coberturas e limites do plano escolhido e o estabelecido na cláusula 3.8.**

3.7 - **Nos planos AMIL DE REDE CREDENCIADA, as condições médicas a seguir terão o atendimento realizado por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Atendimento, relacionados nos Orientadores Médicos de cada plano.**

a) **Transplantes de órgãos – rim e córnea;**
b) **Tratamento cirúrgico da refração, para grau maior que 7(sete);**
c) **Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida (gastroplastia redutora, gastroentero-anastomoses e outras);**
d) **Tratamento de quimioterapia e radioterapia;**
e) **Tratamento fisioterápico de reabilitação;**
f) **Implante de marcapasso definitivo;**

g) **Cirurgia de ablação de feixe de His (arritmia cardíaca);**
h) **Cirurgias ortopédicas, cardio-vasculares, neurológicas e otorrinolaringológicas que necessitem de próteses, órteses ou material de fixação;**
i) **Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:**

Grupo Diagnóstico	CID
Doenças do aparelho cardiocirculatório	I 10 – I 52
Diabetes	E 10 – E 14
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J 40 – J 47
Tratamento dialítico em insuficiência renal	N 17 – N 19
Doenças relacionadas ao HIV e às suas complicações	B 20 – B 24
Oncologia	C 00 – C 97 D 00 – D 09
Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química	F 00 – F 99

3.8 - **Nos planos AMIL DE REDE CREDENCIADA, somente haverá reembolso para o atendimento realizado em pronto-socorro hospitalar em situação de urgência e/ou emergência, devidamente caracterizada.**

3.8.1 - **Na hipótese acima mencionada, o valor do reembolso corresponderá, no máximo, ao valor equivalente ao que a AMIL custearia caso o atendimento fosse realizado na rede credenciada do plano contratado;**

3.8.2 - **Deverão ser observadas as normas administrativas discriminadas na cláusula décima primeira.**

3.9 - **Quando da utilização da REDE CREDENCIADA, a CONTRATANTE poderá optar pela aplicação dos mecanismos de regulação previstos na legislação vigente – franquias ou co-participação.**

3.9.1 - **Franquias** correspondem a valores pagos pelo usuário diretamente aos prestadores de serviços no momento da realização do atendimento, observado as coberturas previstas no plano escolhido;

3.9.2 - **Co-participação** corresponde a valores ou percentuais do custo de procedimentos que serão de responsabilidade do usuário , porem cujo pagamento não será efetuado diretamente ao prestador do serviço;

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

3.10 - Nos planos AMIL DE REDE CREDENCIADA, a CONTRATANTE poderá optar, de modo expresso e através de pagamento adicional, pelos aditivos AMIL Urgências em Viagens ao Exterior, AMIL Resgate Saúde e AMIL Medicamentos, **cujas regras estão expressas em seguida à última cláusula deste Contrato.**

3.10.1 - **No plano AMIL REFERÊNCIA é vedada a opção por qualquer aditivo.**

4. Cláusula Quarta

CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS

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

4.2 - São incluídos como beneficiários:

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

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

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

a) **Esposa(o) ou companheira(o)**, comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes;

b) Os filhos (as) solteiros (as) menores de 25 (vinte e cinco) anos.

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

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

4.3.1 - A inclusão dos dependentes acima referidos somente será autorizada pela AMIL por ocasião da inclusão do titular, ressalvado o disposto na cláusula 4.5.2.

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

a) Os dependentes somente serão cadastrados na mesma época e no mesmo plano do titular;

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

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

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

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

4.5.3 - O beneficiário incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano escolhido, **a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que o tiver incluído;**

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

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

4.5.6 - A **AMIL** fornecerá identificação específica aos beneficiários incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano;

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

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

5. Cláusula Quinta

EXCLUSÕES

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

I - **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;**

II - **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos e órteses e próteses para fins estéticos, aqui incluído o tratamento da esclerose de varizes com indicação estética;**

III - **Inseminação artificial;**

IV - **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**

V - Fornecimento em regime ambulatorial de medicamentos (importados ou não), vacinas (importadas ou não) exceto para dessensibilização, e material de curativo (importado ou não), até mesmo para procedimentos cobertos pela AMIL, como, por exemplo, o de quimioterapia oral. (Alguns exemplos: não há cobertura ou reembolso para curativo feito em farmácia; não há cobertura para Interferon ou Interleucina; não há cobertura para vacinas tomadas em farmácia ou consultório médico.);

VI - Fornecimento de materiais e medicamentos anestésicos (importados ou não) e gases medicinais (importadas ou não) que não tenham autorização para sua comercialização pelos órgãos governamentais competentes;

VII - Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar ou ambulatorial;

VIII - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não-ligados ao ato cirúrgico;

IX - Procedimentos odontológicos, exceto os procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial;

X - Tratamentos ilícitos ou antiéticos (assim definidos sob o aspecto médico), ou não reconhecidos pelas autoridades competentes nem por sociedades médico-científicas brasileiras;

XI - Eventos médicos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XII - Qualquer outro tipo de transplante, que não o de córnea ou de rim;

XIII - Internação de caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internação de paciente – idoso ou não – em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa; internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário) e internação com finalidade diagnóstica cujo quadro clinico não a justifique e cujos os testes e exames possam ser realizados em carater ambulatorial sem prejuízo para o beneficiário;

XIV - Tratamento de fonoaudiologia e logopedia, exceto com indicação médica relacionada à doença mental;

XV - Cirurgia de refração com grau bilateral inferior ao definido pela legislação - o grau mínimo hoje definido pela legislação é 7 (sete).

XVI - Enfermagem em caráter particular;

XVII - Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar;

XVIII - Cirurgia para mudança de sexo;

XIX - Aluguel de equipamentos e aparelhos, a não ser aqueles que sejam necessários durante a internação hospitalar;

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

7.3 - **Estão incluídos nos atendimentos de urgência e/ou emergência em pronto-socorro a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados durante este atendimento.**

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

8. Cláusula Oitava

EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO AMBULATORIAL

8.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso dos exames de apoio diagnóstico, e de procedimentos terapêuticos ambulatoriais será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, **nos limites e condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito à coberturas, exclusões e direcionamento previsto na cláusula 3.7.**

8.2 - A solicitação de exames ou procedimentos para os **planos de rede credenciada deverão ser emitidas pelo médico credenciado responsável pelo atendimento ao beneficiário.**

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

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

01 - Exames de Análise Clínica e Radioimunoensaio (Medicina Nuclear);
02 - Exames de Citopatologia e Anátomo-Patologia;
03 - Eletrocardiograma e Eletroencefalograma;
04 - Exames radiológicos simples e exames contrastados de aparelho digestivo e urinário;
05 - Colposcopia e Colpocitologia;
06 - Testes Alérgicos e Provas Imuno-Alérgicas;
07 - Exames de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, exceto os referidos na cláusula seguinte, itens 8.4.11 e 8.4.12.

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

01 - Ergometria, Holter e Ecocardiograma;
02 - Exames de diagnóstico em Medicina Nuclear;
03 - Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica realizados em regime ambulatorial;
04 - Exames de Neurofisiologia;

05 - Exames de Ultra-sonografia;
06 - Exames Radiológicos de Tomografia Computadorizada, de Neurorradiologia, Angiografias, Coronariografias, Mielografias, Radiologia Intervencionista e Exames de Ressonância Magnética;
07 - Exames de Hemodinâmica, e Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia;
08 - Exames Angiológicos de Doppler, Fluxometria e Investigação Vascular Ultra-sônica;
09 - Exames de Densitometria Óssea;
10 - Histeroscopia diagnóstica;
11 - Exames especiais em oftalmologia: retinografia fluorescente, biometria e paquimetria ultrassônica, microscopia especular de córnea e campimetria computadorizada;
12 - Exames especiais em otorrinolaringologia: audiometria cortical, eletrococleografia, electroneurografia, pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (Bera), testes vestibulares, registro de nistagmo e teste de glicerol.

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

01 - Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Oftalmologia;
02 - Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Otorrinolaringologia;
03 - Procedimentos Ambulatoriais em Ortopedia e Traumatologia;
04 - Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Urologia;
05 - Cirurgias de porte zero em Dermatologia e Cirurgia Plástica;
06 - Inaloterapia;

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

01 - Fisioterapia;
02 - Dessensibilização;
03 - Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;
04 - Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;
05 - Radioterapia do tipo megavoltagem,cobaltoterapia,cesioterapia,eletroterapia;
06 - Radioterapia do tipo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
07 - Quimioterapia ambulatorial;
08 - Quimioterapia intra-tecal ou com medicina nuclear;
09 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia;
10 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;
11 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;
12 - Procedimentos para Litotripsias;
13 - Videolaparoscopia e procedimentos vídeo-assistidos com finalidade terapêutico/ diagnóstica ambulatorial;
14 - Artroscopia;
15 - Diálise ou hemodiálise;
16 - Hemoterapia;
17 - Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;
18 - Tratamento hiperbárico;
19 - Cirurgias em regime de Day-Hospital;

20 - Nutrição enteral ou parenteral;
21 - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em Cirurgia Plástica.

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

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

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

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

9. Cláusula Nona

INTERNAÇÕES HOSPITALARES

9.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso de internações para o tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e de acordo com as normas estabelecidas pelo CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar, **nos limites e condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito à coberturas, exclusões e direcionamento previsto na cláusula 3.7, e no que segue :**

a) cobertura de internações hospitalares em quarto privativo ou quarto coletivo (plano Amil 20.101) e centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazo, valor ou quantidade;

b) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

c) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença , fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

d) cobertura de taxas hospitalares, materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no orientador médico do plano escolhido;

e) cobertura de despesas de diárias de acompanhante, **para os planos de rede credenciada somente no caso de pacientes menores de 18 e maiores de 60 anos de idade , e para qualquer idade nos planos com reembolso,** respeitados os direitos e obrigações previstos nos regulamentos internos de cada hospital;

f) cobertura de internação neonatal ao recém-nascido, filho do titular ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, desde que nascido sob a cobertura da Amil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.10 - **Nas situações previstas na cláusula 3.6, nos casos de urgência e/ou emergência em que ocorra internação em outro hospital que não faça parte do Programa de Atendimento Especial, a AMIL deverá ser comunicada imediatamente e, após autorização por parte do beneficiário, do seu responsável ou do seu médico, será providenciada a remoção (transferência) do paciente para um dos hospitais de direcionamento, sendo o custo da remoção coberto pela AMIL.**

9.10.1 - **Se o beneficiário ou seus responsáveis não concordarem com a remoção, de imediato cessará a cobertura da AMIL, passando o mesmo e/ou seus responsáveis a serem os únicos responsáveis pelos custos da internação, custos estes que serão**

reembolsados pela AMIL tomando-se por base os valores cobrados pelos hospitais participantes do Programa Especial de Atendimento;

9.10.2 - **Caso a remoção não seja possível por motivo médico, embora a AMIL não seja obrigada a cobrir os custos, será aplicado o reembolso previsto na**

cláusula décima terceira, observados os direitos de seu plano e tendo como base os valores cobrados nos hospitais autorizados pela AMIL.

10. Cláusula Décima

SAÚDE MENTAL

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

a) **Atendimento às emergências** – assim consideradas as situações em que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão;
b) **Psicoterapia de crise** – entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, sem efeito cumulativo;
c) **Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas** para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/CapítuloV;
d) **Internação hospitalar psiquiátrica** em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V, em situação de crise, com a exceção dos quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo. Haverá cobertura integral por 30 (trinta) dias de internação por ano; **após esse período, haverá a franquia obrigatória,** equivalente ao pagamento de 50% (cinqüenta por cento) das despesas hospitalares e honorários médicos de internação;
e) **Internação hospitalar em unidade clínica** para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessite de hospitalização, com custeio integral por 15 (quinze) dias de internação por ano; **após esse período, haverá a franquia obrigatória**, equivalente ao pagamento de 50% (cinqüenta por cento) das despesas hospitalares e honorários médicos de internação. (*Exemplos para os itens d e e: no caso do item e, o paciente interna-se durante seis dias em janeiro, depois interna-se por mais sete dias em fevereiro, depois interna-se por mais cinco dias; os 15 dias serão cobertos integralmente pela AMIL, os três dias restantes serão cobertos em apenas 50%, cabendo ao beneficiário pagar a diferença diretamente ao prestador do serviço, sem direito a qualquer reembolso. O tempo da primeira internação ultrapassa os 15 dias, os quais serão cobertos integralmente pela AMIL, os dias restantes serão cobertos em apenas 50%, cabendo ao beneficiário pagar a diferença diretamente ao prestador do serviço, sem direito a qualquer reembolso. O mesmo ocorrerá na hipótese do item d acima, caso a internação ultrapasse 30(trinta) dias*).

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

10.3 - O beneficiário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, nas situações de transtorno psiquiátrico quando em crise. Para os diagnósticos com CID de **F00 a F09** (transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos), **F20 a F29** (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes), **F70 a F79** (retardo mental) e **F90 a F98** (transtornos de comportamento e transtornos emocionais habituais na infância e na

adolescência), esta cobertura será estendida até 180 (cento e oitenta) dias por ano (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão CID10, da Organização Mundial da Saúde.

11. Cláusula Décima Primeira

REEMBOLSO

11.1 - **Nos planos AMIL DE REDE CREDENCIADA, somente haverá reembolso para o atendimento realizado em pronto-socorro hospitalar em situação de urgência e/ou emergência, devidamente caracterizada, quando não tenha sido possível o atendimento na rede credenciada.**

11.1.1 - **Na hipótese acima mencionada, o valor do reembolso corresponderá, no máximo, ao valor equivalente ao que a AMIL custearia caso o atendimento fosse realizado na rede credenciada do plano contratado.**

11.2 - Nos planos AMIL COM REEMBOLSO, os valores do reembolso das despesas pelo atendimento em médicos ou serviços de rede não-credenciada serão calculados em razão da Tabela de Multiplicadores do plano escolhido, aplicados sobre a Tabela Amil de Reembolso, nos limites e condições estabelecidos do plano contratado, **e da URA - Unidade de Reembolso Amil, vigente na data da realização do procedimento, através da seguinte fórmula: multiplicador do plano escolhido x quantitativo em URA do procedimento na tabela Amil x valor da URA.**

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

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

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

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

11.3.3 - **Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento:** recibos ou nota fiscal válida como recibo **(quitação da nota fiscal)**, com a especificação e

discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, **valor de desconto, quando houver,** assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CGC, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

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

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

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

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

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

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

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

12. Cláusula Décima Segunda

PAGAMENTO DE MENSALIDADES E OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

12.1 - Todos os valores de pagamentos, condições de acompanhamento e reajustes dos planos escolhidos serão feitos pela CONTRATANTE à AMIL, de acordo com as condições definidas no aditivo Tabela de Preços e Condições de Pagamentos , sem prejuízo das demais cláusulas contratuais.

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

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

12.4 - **O pagamento posterior não quita débitos anteriores.**

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

13. Cláusula Décima Treceira

VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO CONTRATO E TRANSFERÊNCIAS DE PLANOS

13.1 - O período de vigência deste contrato é de 12 (doze) meses, renovado automaticamente por igual período, podendo ser rescindido por qualquer uma das partes mediante aviso prévio por escrito de 30 (trinta) dias, ficando vedadas neste período qualquer movimentação cadastral.

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

1 - Fraude ou dolo.

2 - Se a CONTRATANTE impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência necessária à proteção dos direitos da AMIL.

3 - Se, por má-fé, a CONTRATANTE omitir informações ou tentar, por qualquer meio, obter vantagem ilícita deste contrato.

4 - Se a CONTRATANTE praticar em suas declarações qualquer omissão, inexatidão ou erro, que tenham influído na aceitação das condições deste contrato.

5 - Se, devido a exclusão de beneficiários, o número de titulares se tornar inferior a 05 (cinco).

6 - Se ocorrer atraso de pagamento de 60 dias.

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

13.4 - A AMIL admitirá a transferência do titular e de seus dependentes para um plano com maiores benefícios, somente no aniversário do contrato, ficando os mesmos sujeitos ao cumprimento dos prazos de carência autorizados pela legislação vigente, para os novos benefícios previstos no novo plano.

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

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

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

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

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

14. Cláusula Décima Quarta

DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ADITIVO AMIL RESGATE SAÚDE

1 - OBJETO

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

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

2 - DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA COBERTURA

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

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

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

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

2.4 - **É uma das condições essenciais para a cobertura dos custos prevista neste ADITIVO AMIL RESGATE SAÚDE** que o estado do beneficiário seja grave e que esse estado decorra de qualquer uma das seguintes **condições médicas de urgência e/ou emergência:**

1 - Infarto agudo do miocárdio com necessidade de cirurgia de revascularização de urgência ou choque cardiogênico refratário ou arritmia ameaçadora de vida;

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

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

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

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

3 - DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA – CARÊNCIA

3.1 - O aditivo AMIL Resgate Saúde terá vigência por prazo indeterminado, a contar da sua assinatura, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso com 60 (sessenta) dias de antecedência, ou até que seja extinto o contrato principal, das duas hipóteses, a que primeira ocorrer.

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

4 - DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DO PREÇO

4.1 - **As inclusões no aditivo Amil Resgate Saúde compreendem obrigatoriamente o titular, podendo incluir ou não qualquer de seus dependentes;**

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

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

5 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

ADITIVO AMIL MEDICAMENTOS

1 - OBJETO

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

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

2 - DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA COBERTURA

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

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

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

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

2.2 - O beneficiário não terá direito a qualquer reembolso no presente aditivo. Além disto, o beneficiário não terá direito a qualquer cobertura caso ocorra qualquer uma das seguintes hipóteses: (a) caso a aquisição seja em farmácia ou drogaria não-integrante de rede credenciada; (b) caso o medicamento adquirido não conste da Listagem AMIL de Medicamentos vigente na data da compra do medicamento; (c) caso o medicamento não seja para uso próprio e exclusivo do beneficiário; (d) caso, no ato da compra, o beneficiário não apresente o cartão de identificação da AMIL e a receita médica, com identificação do médico pela sua assinatura e carimbo, com seu registro no Conselho Regional de Medicina.

2.2.1 - Caso o medicamento não seja para uso próprio e exclusivo do beneficiário ficará caracterizada a fraude, ocorrendo a extinção imediata do aditivo, sem prejuízo das ações cíveis e criminais que se mostrarem convenientes.

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

3 - DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA – CARÊNCIA

3.1 - O aditivo AMIL Medicamentos terá vigência por prazo indeterminado a contar da sua assinatura, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso com 60 (sessenta) dias de antecedência, ou até que seja extinto o contrato principal, das duas hipóteses, a que primeira ocorrer.

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

4 - DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DO PREÇO

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

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

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

5 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR

1 - OBJETO

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

1.2 - **A cobertura somente se dará em rede credenciada; a rede credenciada Amil no exterior está disponível no site www.amil.com.br .**

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

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

2 - DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA COBERTURA

2.1 - **A cobertura está limitada ao valor de U$ 20.000 (vinte mil dólares americanos) para cada beneficiário a cada viagem.** Somente terão cobertura de custos pelo presente aditivo as despesas realizadas em rede credenciada e relativas ao: (a) atendimento médico de urgência e/ou emergência, hospitalar e extra-hospitalar; e (b) às internações de urgência e/ou emergência e desde que não estejam incluídas em qualquer uma das hipóteses do item 2.2.

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

2.3 - Não há previsão de reembolso no aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR, ou seja, caso o beneficiário busque médicos, serviços ou hospitais não-integrantes da rede

AMIL no exterior, não terá ele direito nem à cobertura, nem a qualquer reembolso, ainda que o contrato principal seja um plano com reembolso.

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

3 - DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA – CARÊNCIA

3.1 - O aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR terá vigência por prazo indeterminado, a contar da sua assinatura, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso com 60 (sessenta) dias de antecedência, ou até que seja extinto o contrato principal, das duas hipóteses, a que primeira ocorrer.

3.2 - **Fica certo, entretanto, que as coberturas previstas no presente aditivo estão sujeitas ao cumprimento de um prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura do aditivo; ou seja ,os eventos cobertos pelo presente aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR somente terão cobertura 30 (trinta) dias após a data da inclusão do beneifiário.**

4 - DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DO PREÇO

4.1 - **As inclusões no aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR compreendem obrigatoriamente o titular, podendo incluir ou não qualquer de seus dependentes;**

4.2 - O preço do aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR para cada beneficiário será o vigente na Tabela AMIL na data da opção.

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

5 - DA SUB-ROGAÇÃO

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

6 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1 - Aplicam-se ao aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR todas as disposições do contrato principal que não sejam com ele (aditivo) incompatíveis.

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

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

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

Curitiba, 13 de Dezembro de 2006.

Pela Contratante

Nome: Manoel Antonio de Oliveira Franco
OAB/PR: 6.146
Cargo: Presidente

Pela Contratada

Nome: André Luiz Madureira de Oliveira
CPF: 531.948.109-87
Cargo: Diretor Comercial

Nome: Cássio R. Seleme Zandoná
CPF: 598.030.459-20
Cargo: Superintendente