

## Manual do contrato coletivo por adesão celebrado entre a AIPESP e a Medial Saúde.

### Proposta de adesão

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

### Índice de sinistralidade

Entende-se por índice de sinistralidade a relação entre receitas e despesas do seu plano de saúde. Assim, quando o índice de sinistralidade sobe, é necessário tomar medidas de correção, como reajustes, para equilibrar as contas do plano de saúde e garantir a continuidade do atendimento. Por isso, é essencial que todos os usuários saibam utilizar o plano de saúde de forma racional, sem desperdícios, contribuindo, assim, para evitar reajustes por índice de sinistralidade.

### Orientações para utilização

- Dê preferência à rede médica credenciada pela Medial Saúde.
- Jamais assine guias em branco ou guias de procedimentos não realizados. É seu direito e dever conferir sempre se todos os procedimentos realizados foram devidamente discriminados.
- Quando você não puder comparecer a uma consulta, cancele-a com antecedência. Lembre-se de que o profissional reservou um horário especialmente para atendê-lo.
- Após a realização de uma consulta, siga rigorosamente o tratamento e as prescrições do médico ou dentista, antes de agendar uma nova consulta com outro profissional.
- Nunca empreste sua carteirinha, sob pena de configuração de fraude. No caso de perda ou roubo de sua carteirinha, entre em contato imediatamente com a Medial Saúde ou com a AIPESP.
- Utilize o pronto-socorro somente em caso de urgência ou emergência.
- Realize exames quando necessário e conforme solicitação médica. Uma vez solicitados e realizados, sempre retire o resultado de seus exames. Estudos indicam que grande parte dos pacientes não retornam para retirar os resultados e não dão continuidade ao tratamento, causando duplo prejuízo: para si mesmos e para o plano de saúde. Após a utilização dos exames, guarde-os com segurança. Tais diagnósticos poderão ser úteis também no futuro.
- Ao identificar qualquer falha de atendimento, comunique imediatamente a AIPESP.

Além do padrão de qualidade da Medial Saúde, agora você conta com a estrutura moderna e equipe qualificada da AIPESP, que oferece canais personalizados de atendimento e serviços ao usuário. Tais canais são compostos por:

Central de Atendimento Pessoal

Av. Ipiranga, 344 / 4º and. CJ 42 D

Centro – São Paulo – SP – cep. 01046-926

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8.00 às 18:00hs.

(exceto feriados)

Central de Atendimento por Telefone

Tel.: (11) 3123-5055

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8.00 às 18.00hs.

(exceto feriados)

Portal de Serviços na Internet

Home page: [www.medcompany.com.br](http://www.medcompany.com.br)

Alguns serviços disponíveis:

- Alterações cadastrais
- Solicitações de reembolso
- Informações gerais sobre o benefício

#### **Central de Atendimento Medial Saúde (Atendimento 24 horas)**

**4004-7575** - Capitais e Regiões Metropolitanas

**0800 709-7575** - Demais Regiões

- Informações de rede credenciada
- Liberação de senhas de atendimento

Home Page: [www.medialsaude.com.br](http://www.medialsaude.com.br)

Esses canais facilitam o acesso do benefício aos serviços prestados pela Medial Saúde AIPESP. Assim, você tem mais conveniência e conforto na utilização do seu plano de saúde.

As Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde coletivo celebrado entre a Associação dos Investigadores de Polícia do Estado de São Paulo (AIPESP) e a Medial Saúde S/A foram redigidas nos termos do Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406/02), do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) e com base na Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Trata-se de um contrato coletivo por adesão de plano de assistência à saúde celebrado entre a AIPESP e a Medial Saúde. Tal contrato é destinado, em condições especiais de cobertura e preço ao Funcionalismo Público do Estado de São Paulo.

Medial Saúde S/A – (ANS nº 30287-2) - Operadora  
AIPESP - contratante junto à operadora  
Funcionalismo público do Estado de São Paulo associado à AIPESP - conveniado

Entende-se por contrato coletivo por adesão de plano de assistência à saúde aquele que é celebrado por Pessoa Jurídica (no caso, a AIPESP), que pode, em nome dos usuários, acordar, negociar, alterar e fixar regras contratuais com a operadora.

### **Planos oferecidos**

O benefício ora contratado é oferecido em 4 (quatro) planos diferentes, conforme mencionado nas opções da proposta de adesão, a saber:

A **Linha Medial** abrange os Planos **Pleno I, Pleno II, Pleno Plus**.

A **Linha Medial Class** abrange o Plano **Ouro**.

Os planos de saúde diferenciam-se em função dos valores de reembolso, bem como em função da rede credenciada de prestadores médicos e hospitalares, e também da acomodação; podendo ser enfermaria ou apartamento.

### **Tipos de Acomodação:**

**Pleno I** - acomodação hospitalar em quarto coletivo com 2(dois) ou mais leitos;

**Pleno II** - acomodação hospitalar em quarto individual com banheiro privativo;

**Pleno Plus** - acomodação hospitalar em quarto individual com banheiro privativo;

**Ouro** - acomodação hospitalar em quarto individual com banheiro privativo.

### **Tipos de Planos e Registros na ANS:**

Pleno I – registrado junto à ANS sob nº 442.868/03.4

Pleno II – registrado junto à ANS sob nº 442.923/03.1

Pleno Plus – registrado junto à ANS sob nº 436.113/01.0

Ouro – registrado junto à ANS sob nº 442.924/03.9

### **Prazo de vigência do contrato coletivo**

O presente contrato coletivo tem duração pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por igual período, desde que não ocorra denúncia, por escrito, pela AIPESP ou pela Operadora, com antecedência de 30 (trinta) dias. Em caso de rescisão, a AIPESP comunicará o fato aos usuários.

### **Quem pode ser usuário titular?**

Usuário titular é aquele que consta como usuário principal do Plano de Assistência à Saúde, que conta com as coberturas garantidas pelo contrato, assim considerado o(s) associado(s) fundador(es), associado(s) contribuinte(s), diretor(es), empregado(s) e estagiário(s), com vínculo contratual ou associativo, com a AIPESP, desde que regularmente inscrito(s) e aceito(s) pela MEDIAL SAÚDE.

### **Quem pode ser usuário dependente?**

O usuário Titular poderá inscrever como seu (s) dependente (s):

- Cônjuge ou companheiro (a).
- Filho (a) solteiro (a), natural ou adotivo (a) menores de 24 (vinte e quatro) anos que vivam sob dependência econômica do titular
- Enteado (a) solteiro (a) menores de 24, mediante comprovação de casamento ou de união estável do cônjuge ou companheiro (a) com o usuário titular.
- Menor de idade solteiro (a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do usuário titular\*.

\*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que seja solteiro (a).

Tanto para procedimentos eletivos ambulatoriais (consultas, exames e tratamentos), procedimentos hospitalares (internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas), quanto para procedimentos de urgência ou emergência, o usuário conta com duas modalidades de atendimento:

### **Atendimento na rede médica credenciada**

A operadora coloca à disposição do usuário uma rede credenciada de prestadores de serviços médicos distribuídos por todo o território brasileiro, de acordo com o plano contratado. Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

### **Veja como agilizar o atendimento:**

- Consulte a lista de credenciados e escolha o prestador médico de sua conveniência ou necessidade;
- Ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
- No dia marcado para a realização do procedimento, dirija-se ao prestador escolhido, munido de seu documento de identidade (RG) e de seu cartão de identificação válido da Medial Saúde (veja item abaixo). Caso não esteja de posse de seu cartão, solicite que o atendente entre em contato com a operadora e peça a autorização.

### **Lista de prestadores médicos credenciados**

A lista de credenciados está dividida em prontos-socorros, maternidades, hospitais gerais, consultórios, etc. Por estar sujeita a alterações, é atualizada periodicamente pela operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

### **Cartão de Identificação**

A operadora disponibiliza ao usuário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, esse cartão e o documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores médicos credenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente ao estipulante (AIPESP), pelo telefone Tel.: (11) 3123-5055.

A renovação do cartão é anual e automática.

### **Coberturas**

Está garantido ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** e seu(s) eventual(is) **BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)** o atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, desde que decorrente de evento coberto, respeitando-se os prazos de carência e exclusões estabelecidos neste manual, bem como as alternativas de cobertura. As doenças e problemas relacionados à saúde cobertos por este manual, são aqueles constantes do Código Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10), limitando-se àqueles procedimentos definidos no Rol publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à época da assinatura do Contrato, sendo certo que os procedimentos, ainda que indicados por médicos da Rede Preferencial e/ou Credenciada da **MEDIAL SAÚDE**, devem estar vinculados ao diagnóstico da patologia, cabendo ao médico assistente a definição da técnica a ser adotada para o tratamento, de acordo com os dispositivos a seguir:

### **Cobertura Ambulatorial**

Consultas médicas, sem limite, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizado como internação.

Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e, adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, **desde que necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência.**

- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

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

Cobertura para as seguintes terapias, desde que prescritas pelo médico assistente:

- a) terapia ocupacional até o limite de 06 (seis) consultas/sessões por **BENEFICIÁRIO** por ano de Contrato;
- b) nutricionista até o limite de 06 (seis) consultas/sessões por **BENEFICIÁRIO** por ano de Contrato;
- c) fonoaudiologia até o limite de 40 (quarenta) consultas/sessões por **BENEFICIÁRIO** por ano de Contrato;
- d) psicoterapia de apoio até o limite de 12 (doze) consultas/sessões por **BENEFICIÁRIO** por ano de Contrato;

Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão CID 10, conforme os itens abaixo:

- a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) psicoterapia de crise, entendida esta 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 limitadas a 12 (doze) sessões por ano de Contrato não cumulativas;
- c) tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico.

As solicitações de exames e procedimentos realizadas por médico não credenciado deverão ser apresetadas à MEDIAL SAÚDE para receberem autorização, e serem anotados no prontuário do usuário.

Atendimentos caracterizados como de urgência e/ou emergência.

Remoção terrestre, após realizados os atendimentos classificados como urgência e/ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar ou de pronto atendimento para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

Atendimento de urgência e/ou emergência para acidentes de trabalho e suas conseqüências, compreendendo as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial, ou até que se caracterize a necessidade de internação, prevalecendo o que ocorrer primeiro. Expirado este prazo, o usuário, seu responsável ou a AIPESP deverá providenciar a transferência do usuário, às suas expensas, para o recurso hospitalar oficial, que responde por esse tipo de atendimento, que não a Medial Saúde sob pena da empresa passar a responder pelo pagamento das despesas hospitalares do usuário. Deverá, ainda, providenciar a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), no prazo legal.

Em caso do não cumprimento das condições estabelecidas a AIPESP arcará com todas as despesas, além das demais implicações legais.

### **Cobertura Hospitalar**

Compreende os atendimentos realizados em unidade hospitalar, definidos e listados no Rol publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época da assinatura do Contrato, e conforme os itens abaixo, obedecidas às características de cada plano.

Nas hospitalizações, estarão cobertos não só os honorários dos médicos assistentes, plantonistas e anestesistas, pertencentes ao corpo clínico da Rede Preferencial e/ou Credenciada da **MEDIAL SAÚDE**, como também as diárias, de acordo com o padrão de acomodação, enfermaria ou apartamento, bem como os materiais e medicamentos ali utilizados, além dos exames requeridos, observadas as coberturas, exclusões, limites e abrangência geográfica descritas neste manual.

A cobertura nas internações hospitalares sem limite de prazo e a critério do médico assistente inclui:

- a) diárias e taxas;

- b) honorários profissionais;
- c) serviços de apoio diagnóstico e terapêutico indispensáveis para diagnósticos, controle de tratamento e evolução da doença;
- d) materiais e medicamentos nacionais ou nacionalizados necessários e indicados para o tratamento;
- e) alimentação, inclusive dietética, prescrita pelo médico assistente;
- f) serviços de enfermagem (desde que não particulares);
- g) unidade de terapia intensiva, ou similar, neonatal, pediátrica e para adultos;
- h) anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, conforme disposto na alínea "d" inciso II, do art. 12 da Lei 9.656/98;
- i) despesas do acompanhante do **BENEFICIÁRIO** até 18 (dezoito) ou com 60 (sessenta) anos ou mais de idade, e um acompanhante indicado pela gestante beneficiária, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, assim entendidas tão somente as relativas à acomodação.

Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer, conforme Lei nº 10.223 de 15/05/2001, através da Rede Preferencial e/ou Credenciada da **MEDIAL SAÚDE**, bem como as demais cirurgias plásticas reparadoras.

Cirurgias crânio / buco-maxilo-facial, incluindo cirurgias odontológicas, que necessitem de ambiente hospitalar.

Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) fisioterapia.

Cobertura de transplante de rim e córnea, os **autólogos** tais como, de pele, músculo, osso etc., desde que previstos no Rol de Procedimentos publicado pela ANS à época da assinatura do Contrato, bem como as despesas com procedimentos vinculados.

Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

Nos casos de transplantes de órgãos, provenientes de doadores cadáveres, previstos neste manual, o candidato ao mesmo deverá, sempre que a legislação exigir, estar inscrito em uma das listagens dos Centros de Notificação e Captação de Doadores de Órgãos, e sujeitar-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos dos mesmos.

Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão CID 10, conforme os itens a seguir:

- a) custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de Contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de Contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) custeio integral de 180 (cento e oitenta) dias, por ano de Contrato não cumulativos, para os diagnósticos F00 a F09 (transtornos mentais orgânicos, inclusive sintomáticos), F20 a F29 (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e

delirantes), F70 a F79 (retardo mental) e F90 a F98 (transtornos do comportamento e transtornos emocionais habituais na infância e na adolescência);  
d) custeio de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em Hospital-Dia, além das coberturas previstas na alínea “a”, do art. 2º, inciso II do CONSU nº 11.

Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

#### **Cobertura Obstétrica**

Compreende toda a cobertura ambulatorial prevista neste manual, dos procedimentos relativos ao pré-natal, acrescida da assistência ao parto, incluindo atendimentos obstétricos relacionados à gestação e aos partos normais, cesarianas e complicações da gestação, abortamentos, exclusivamente quando observada a legislação em vigor, bem como despesas de berçário.

Os partos normais ou cirúrgicos poderão ser realizados pela equipe de obstetras de plantão dos hospitais e maternidades da Rede Preferencial e/ou Credenciada da **MEDIAL SAÚDE** para esta finalidade.

Quando a parturiente suaria deste contrato fizer a opção pela utilização de obstetra particular, os honorários médicos, tanto do médico obstetra, seus auxiliares e anestesista, correrão por conta do usuário ou contratante, sem direito a qualquer reembolso, exceção feita aos planos Pleno I, Pleno II, Pleno Plus e Ouro, que terão o reembolso feito com base na tabela de reembolso contida neste manual.

Entende-se como obstetra particular, o médico que não pertence ao corpo de plantonistas dos hospitais da Rede Preferencial ou Credenciada da Medial Saúde.

Para os planos Pleno I, Pleno II, Pleno Plus e Ouro, o usuário poderá escolher um médico obstetra constante da Rede Assistencial da Medial Saúde, credenciado para este fim, e neste caso, estará isento do pagamento de honorários médicos.

Para os Pleno I, Pleno II, Pleno Plus e Ouro, o usuário poderá optar por um médico de sua escolha, fora da Rede Assistencial da Medial Saúde, se assim o deseja, quando então, pagará os honorários médicos diretamente aos profissionais envolvidos e terá direito a reembolso de honorários médicos até o limite da tabela de reembolso.

É garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular e/ou usuário dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

#### **Atenção: despesas não cobertas, por força e Lei**

Estão excluídos do Contrato o atendimento ou a cobertura de custos ou reembolso para os eventos abaixo enumerados:

- 1) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 2) procedimentos clínicos ou cirúrgicos, inclusive cirurgia plástica, para fins estéticos, exceto aqueles previstos no Rol vigente à época da assinatura deste Contrato, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 3) inseminação artificial, independente de sua modalidade;
- 4) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; exceto para tratamento cirúrgico de obesidade mórbida, como tal entendida aquela prejudicial à saúde e que causa doença. Sob ponto de vista médico é considerada obesidade mórbida aquela que acomete o paciente cujo IMC (Índice de Massa Corpórea) seja igual ou superior ao número determinado pelos Órgãos Oficiais competentes;
- 5) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde e/ou sem registro da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária);
- 6) fornecimento de material importado quando existir material nacional ou nacionalizado para o mesmo fim;
- 7) fornecimento de vacinas e auto-vacinas;
- 8) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 10) tratamentos ilícitos e antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pela autoridade competente;
- 11) casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 12) tratamento de emagrecimento, rejuvenescimento, repouso e quaisquer outros realizados em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas de emagrecimento, SPAs, ou similares;
- 13) transplantes, exceto de córnea, rim, **autólogos** tais como de pele, músculo, osso etc., estes desde que previstos no Rol de Procedimentos publicado pela ANS à época da assinatura do Contrato, bem como despesas com procedimentos vinculados;

- 14) fornecimento de medicação de manutenção para os casos de transplantes;
- 15) consultas e tratamentos domiciliares;
- 16) reembolso de qualquer natureza, inclusive de despesas realizadas no exterior, com exceção das situações previstas neste manual;
- 17) remoções por via aérea;
- 18) procedimentos e tratamentos odontológicos de qualquer natureza, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, estas últimas cobertas apenas dentro das condições e limites contratuais;
- 19) consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular e Logopedia;
- 20) enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, consultas domiciliares, "home care" ou seus equivalentes, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários, observado o disposto neste manual;
- 21) despesas com extraordinários, tais como: jornais, TV, telefonemas e gastos efetuados com frigobar e refeição para acompanhante;
- 22) procedimentos ambulatoriais, hospitalares e terapias indicadas ou solicitadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 23) cirurgia oftalmológica refrativa para miopia de grau inferior a 5 (cinco) ;
- 24) qualquer procedimento, tratamento não previsto no Rol publicado pela ANS vigente à época da assinatura do Contrato;
- 25) medicina ocupacional e de segurança do trabalho, readaptação profissional, exames clínicos admissionais, periódicos, demissionais, mudança de função e retorno ao trabalho e de diagnóstico em cumprimento à Norma Regulamentadora 7(sete) da Consolidação das Leis do Trabalho;
- 26) psicoterapia, se ultrapassado o número de 12 (doze) consultas/ sessões por **BENEFICIÁRIO** por ano de Contrato;
- 27) novas técnicas de diagnóstico e tratamento que venham a ser implantadas após a assinatura do presente Contrato, desde que a técnica anteriormente aplicada já tenha sido considerada proscrita pelo Conselho Profissional competente;
- 28) despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas neste manual;
- 29) exames histopatológicos de placenta e necropsia;
- 30) procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste manual;
- 31) sonoterapia;
- 32) terapia ocupacional, se ultrapassado o número de 06 (seis) consultas/sessões por **BENEFICIÁRIO** por ano de Contrato;
- 33) nutricionista, se ultrapassado o número de 06 (seis) consultas/sessões por **BENEFICIÁRIO** por ano de Contrato;
- 34) fonoaudiologia, se ultrapassado o número de 40 (quarenta) consultas/sessões por **BENEFICIÁRIO** por ano de Contrato.

Carência é o período no qual o Titular e seus Dependentes, mesmo que em dia com o pagamento do plano de saúde, não terão direito a determinadas coberturas.

As coberturas aqui previstas passam a vigorar, após decorridos os prazos de carências, a seguir indicados, contados a partir da data de início de vigência individual de cada **BENEFICIÁRIO**.

Por se tratar de um contrato coletivo, as carências podem ser reguladas pela AIPESP e a Operadora. Salvo casos de compra de carência decorrentes da política comercial vigente à época da adesão ao plano de saúde, o Titular e seus Dependentes deverão cumprir os prazos de carência a seguir:

Alíneas	Prazo para aquisição do direito de uso	Procedimentos / Eventos Médicos e/ou Hospitalares cobertos
A	24 (vinte e quatro) horas	Acidentes pessoais. Urgência e/ou emergência e intercorrências da gravidez, na forma da Resolução 13 do CONSU.
B	30 (trinta) dias	Além dos procedimentos descritos no item anterior, o beneficiário adquire o direito a: • consultas médicas eletivas; • exames realizados em regime ambulatorial: análises clínicas; citopatologia e anatomia patológica; eletrocardiograma e eletroencefalograma simples; exames radiológicos simples (não contrastados); colposcopia e colpocitologia oncótica (papanicolaou); testes e provas alérgicas;
C	90 (noventa) dias	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito a: • Exames e procedimentos realizados em regime ambulatorial: exames simples em oftalmologia (mobilidade ocular, fundoscopia, tonometria de aplanção e mapeamento de retina); exames simples em otorrinolaringologia (ex: audiometria); fonoaudiologia (40 sessões/ano); terapia ocupacional (6 sessões/ano); consulta nutricionista (6 sessões/ano); fisioterapia ambulatorial; mamografia*; provas de função respiratória; teste ergométrico; holter; ecocardiograma simples e com doppler; densitometria óssea; ultrassonografia simples; infiltrações e punções articulares; tilt tests; exames em genética (ex.: citogenética bioquímica e molecular)*; biópsias; procedimentos ambulatoriais porte anestésico zero em dermatologia; procedimentos terapêuticos ambulatoriais não cirúrgicos em: ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e traumatologia; endoscopias digestivas alta e baixa; nasofibroscopia;
D	180 (cento e oitenta) dias	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito a: • radioimunoensaio; exames de neurofisiologia; exames em angiologia com doppler; fluxometria e investigação vascular ultra-sônica; exames especiais em oftalmologia; exames especiais em otorrinolaringologia; monitorização pressão arterial - MAPA; provas urodinâmicas; angiografias e arteriografias; artroscopias; tococardiografia; exames cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia; tomografia computadorizada; ressonância magnética; medicina nuclear; radioisótopos e cintilografia; mielografias; radiologia intervencionista*; radiologia digital*; procedimentos de biópsias dirigidas por tomografia, ultrassonografia ou ressonância magnética; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; histeroscopia diagnóstica; videolaparoscopias diagnósticas; litotripsias; inserção de dispositivo intra-uterino (DIU)*; mamotomia*; endoscopias respiratória e urológica;
E	180 (cento e oitenta) dias	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito a: • procedimentos de hemodinâmica e angioplastias; procedimentos de radioterapia, quimioterapia, diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; internações clínicas em pediatria e clínica geral, exceto as constantes da alínea F abaixo; internações cirúrgicas, inclusive em hospital-dia, exceto as constantes da alínea F abaixo;
F	180 (cento e oitenta) dias	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito a: • internações clínicas decorrentes de doenças infectocontagiosas, inclusive AIDS e suas conseqüências; procedimentos e internações, clínicas e cirúrgicas, relacionadas com transplantes de rim e córnea e implantes, transplante autólogo de medula óssea; internações clínicas para tratamento de doenças crônicas, internações e tratamentos ambulatoriais em casos de psiquiatria e dependência química, assim como tratamento psicoterápico de crise em psiquiatria (12 sessões/ano); psicoterapia de apoio (12 sessões/ano);
G	300 (trezentos) dias	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire direito a internação para parto a termo.

(\*) A cobertura será feita de acordo com as diretrizes definidas pela ANS.

Para a realização dos exames, procedimentos ou hospitalizações descritos nos grupos de carências alíneas “B” a “G” a **MEDIAL SAÚDE** fornecerá ao **BENEFICIÁRIO** a prévia “AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO” através de Guia, Senha ou outro tipo de autorização, respeitando, ainda, as demais condições estabelecidas neste manual.

A cobertura para urgência e emergência ficará limitada a até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento nos seguintes casos:

- Urgências e emergências ocorridas durante o período de carências;
- Urgências e emergências referentes ao processo gestacional durante o período de carência.

Quando for necessária para a continuidade do atendimento de urgência e emergências a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar (como tratamento cirúrgico, parto e outros), ainda que na

mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará e a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do Usuário, não cabendo qualquer ônus a Operadora.

Os Direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência terão sua continuidade assegurada, desde que o pagamento do benefício, até então devido, seja efetuado até a data do respectivo vencimento.

Os filhos do Usuário Titular (naturais ou adotivos) estarão isentos do cumprimento dos prazos de carência desde que a inclusão no plano de saúde ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do nascimento ou adoção, respectivamente.

As inclusões de filhos naturais ou adotivos dos Usuário Titular, que ocorrerem em prazo superior a 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, bem como o cônjuge ou companheiro(a) do Usuário Titular, incluído no contrato, cumprirão obrigatoriamente os prazos de carência estabelecidos neste manual.

Os Materiais de prótese e órtese de implantação em ato cirúrgico coberto só terão cobertura após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de carência.

### Reembolsos

Os planos Pleno I, Pleno II, Pleno Plus e Ouro terão direito ao reembolso para procedimentos eletivos e procedimentos de Urgência e/ou Emergência, somente quando forem utilizados serviços médicos não pertencentes à Rede Preferencial e/ou Credenciada da MEDIAL SAÚDE, ocorridos dentro da abrangência, tendo como limite financeiro os múltiplos estabelecidos na tabela abaixo. Assim sendo, não haverá reembolso de despesas quando da utilização dos serviços médicos pertencentes à Rede Preferencial e/ou Credenciada da MEDIAL SAÚDE, cujos custos serão pagos, pela MEDIAL SAÚDE, ao prestador, na forma contratada.

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS ELETIVOS E DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA				
TIPO DE COBERTURA PARA REEMBOLSO	PLENO I	PLENO II	PLENO PLUS	OURO
	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL
Diárias e Despesas Hospitalares	1 x TMS III	1 x TMS III	1 x TMS III	2 x TMS III
Despesas com Serviços Ambulatoriais	1 x TMS III	1 x TMS III	1 x TMS III	2 x TMS III
Consultas Médicas	1 x TMS III	2 x TMS III	2 x TMS III	4 X TMS III
Exames Complementares	1 x TMS III	1 x TMS III	1 x TMS III	2 x TMS III
Honorários Médicos Ambulatoriais e Serviços Auxiliares de Terapia	1 x TMS III	1 x TMS III	1 x TMS III	2 x TMS III
Honorários Médicos de Internação	1 x TMS III	2 x TMS III	2 x TMS III	4 x TMS III

Para os usuários dos planos Pleno I, II, Plus e Ouro, o reembolso será solicitado quando forem utilizados serviços médicos não pertencentes à Rede Preferencial e/ou Credenciada e envolverem os procedimentos listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementas (ANS) vigente na época do evento. Esses procedimentos ficarão restritos às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Aqueles não previstos no Rol da ANS não serão ressarcidos por critério de similaridade.

Para solicitar o reembolso, o usuário deverá apresentar os documentos originais, abaixo discriminados, observados sempre os prazos máximos estipulados de 60 (sessenta) dias da data médica ou término do tratamento, ou 90 (noventa) dias do início do evento, o que ocorrer primeiro:

a) relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, condições de urgência e/ou emergência, quando for o caso;

- b) conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal devidamente quitada;
- c) recibos de honorários médicos, assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções, os eventos a que se referem, bem como CRM, CPF;
- d) documentos exigidos por quaisquer órgãos governamentais, através do seu poder de regulamentação, quando for o caso.

### Importante

Endereço para envio do processo de reembolso:  
Av. Ipiranga, 344 / 4º and. CJ 42 D

Centro – São Paulo – SP – cep. 01046-926

### Data de Vigência do plano

A vigência do plano inicia-se no dia 1º do mês subsequente para os usuários Titulares e Dependentes inscritos até dia 15 de cada mês.

### Inclusão de Usuário Dependente

Cônjuge ou companheiro (a); filho (a) solteiro (a), natural ou adotivo (a) menores de 24 (vinte e quatro) anos que vivam sob dependência econômica do titular; enteado (a) solteiro (a) menores de 24, mediante comprovação de casamento ou de união estável do cônjuge ou companheiro (a) com o usuário titular; menor de idade solteiro (a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do usuário titular\*.

\*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que seja solteiro (a).

USUÁRIO	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
Titular	Holerith
Cônjuge	Cópia da certidão de casamento, quando o sobrenome for diferente o do titular.
Companheiro (a)	Declaração com firma reconhecida do titular, conforme modelo Medial Saúde
Filhos Solteiros	Cópia de Certidão de Nascimento e/ou Carteira de Identidade
Filhos adotivos solteiros	Cópia do documento oficial de adoção.

### Transferência de plano:

Por se tratar de um contrato coletivo, não será aceita redução de categoria. A transferência para um plano de categoria superior somente será aceita no mês de aniversário do contrato, desde que a solicitação seja feita até o dia 15 (quinze) do mês anterior ao aniversário.

### Como efetuar alterações cadastrais:

- Comparecimento pessoal do Usuário Titular à central de atendimento pessoal, munidos dos documentos necessários para a alteração cadastral em questão.
- Ou envio de correspondência desde que o protocolo de recebimento da AIPESP esteja dentro da data limite para alterações cadastrais. Os documentos enviados ficam sujeitos a conferência.

### Pagamento

O valor deste benefício é calculado segundo os valores específicos das faixas etárias, de acordo com o plano contratado, acrescido de tarifa de cobrança bancária. O pagamento pode ser efetuado de acordo com a autorização do usuário titular na proposta de adesão ao plano de saúde, a saber:

Débito automático em conta corrente, nos bancos conveniados ao sistema AIPESP	Todo 5º dia útil
---	------------------

O usuário titular efetuará o pagamento do benefício à AIPESP, ficando este responsável em liquidar a fatura integral do grupo beneficiado junto à Medial Saúde. Reitera-se que a manutenção do benefício está condicionada ao pagamento mensal por parte do usuário.

### **Como funciona o débito automático em conta corrente**

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta corrente bancária indicada e autorizada pela empresa associada na proposta de adesão ao plano. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o Usuário deverá dirigir-se à central de atendimento da AIPESP para efetuar a quitação.

### **Alteração nos dados para pagamento**

O usuário titular deverá solicitar a alteração, por escrito, à AIPESP, reiterando-se que toda e qualquer alteração de cobrança deve ser comunicada até o dia 15 (quinze) do mês, para que a nova modalidade passe a vigorar no mês seguinte.

### **Atraso e inadimplência**

Em caso de atraso no pagamento mensal, o valor da Mensalidade automaticamente sofrerá multa de 2% (dois por cento), além de acréscimos de 1% (um por cento) de juros ao mês.

A inadimplência por parte do usuário acarretará a suspensão dos benefícios outorgados pelo contrato; sendo que a falta de pagamento dentro do mês de vigência, implicará o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do Usuário Titular e seus Dependentes inscritos.

Ocorrendo a exclusão por inadimplência, o retorno ao contrato coletivo dependerá da quitação dos débitos que provocaram o cancelamento, além de haver a obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais, independente do período anterior do Usuário no contrato coletivo.

### **Atenção**

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

### **Reajustes**

Independentemente da data de adesão de cada Usuário (Titular ou Dependente) ao referido contrato coletivo, o valor do benefício será reajustado nos 3 (três) casos a seguir, o que poderá ocorrer de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada.

### **Reajuste financeiro anual**

O reajuste financeiro das mensalidades será anual, considerando a data do aniversário do contrato AIPESP com a Medial Saúde, 01/05/2008, e terá por base a variação dos custos médicos e hospitalares (honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais, medicamentos, gases medicinais e outros), despesas comerciais, administrativas e gerais da Operadora, nos últimos 12 (doze) meses, considerando-se todos os contratos componentes da carteira dos planos coletivos contributários.

### **Reajuste por sinistralidade**

Entende-se por sinistralidade a totalidade de receitas e despesas apuradas pela Operadora por todo e qualquer atendimento solicitado pelos Usuários, bem como o reembolso de despesas com atendimento, realizados em prestador de serviço não referenciado à Medial Saúde.

Independente do reajuste financeiro das mensalidades ocorrerá, semestralmente, revisão na taxa de sinistralidade do grupo beneficiado, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do presente contrato. Caso a sinistralidade apresente variação percentual acima do parâmetro de 70% (setenta por cento), será efetuada a devida readequação de valores, que será cobrada na mensalidade do mês subsequente.

A taxa de sinistralidade será obtida através da seguinte fórmula:

$$RT = \frac{S.A}{M.C} - 1 \times 100, \text{ onde:}$$

RT = Reajuste Técnico  
 S.A = Sinistralidade Apurada  
 M.C = Meta Contratual (70%)

#### Atenção

Para evitar esse tipo de reajuste, é fundamental que todos utilizem o plano de forma consciente, para a preservação dos interesses da coletividade.

#### Reajuste por mudança de faixa etária

Os valores do plano de saúde do contrato coletivo por adesão dos Usuários da Empresa Contratante serão reajustados da seguinte forma:

- Sempre que ocorrer alteração na idade do Usuário Titular ou do Usuário Dependente que signifique deslocamento para outra faixa etária, um novo valor de mensalidade será cobrado, a partir do mês seguinte ao que ocorreu a alteração, de acordo com os percentuais abaixo:

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAIS DE REAJUSTE			
	Pleno I	Pleno II	Pleno Plus	Ouro
00 – 18	-	-	-	-
19 – 23	19,99 %	20,00 %	20,00 %	20,00 %
24 – 28	25,83 %	25,84 %	25,83 %	25,83 %
29 – 33	7,94 %	7,95 %	7,95 %	7,95 %
34 – 38	7,97 %	7,98 %	7,97 %	7,97 %
39 – 43	9,66 %	9,65 %	9,66 %	9,66 %
44 – 48	26,94 %	26,95 %	26,94 %	26,94 %
49 – 53	17,14 %	17,14 %	17,15 %	17,15 %
54 – 58	21,26 %	21,26 %	21,26 %	21,26 %
59 +	72,41 %	72,41 %	72,41 %	72,42 %

#### INFORMAÇÕES ADICIONAIS

##### Perda do direito ao benefício

A Medial Saúde, independentemente da adoção de medidas judiciais aplicáveis contra o responsável por eventuais danos que lhe forem causados, não efetuará qualquer reembolso ou pagamento com base no plano contratado, caso haja, por parte do Usuário Titular ou dos Usuários Dependentes:

A inexistência, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas na proposta que tenham influenciado na aceitação do plano de saúde pela AIPESP ou de qualquer pagamento previsto na proposta.

B. Fraude, tentativa de fraude ou dolo.

C. Inobservância das obrigações contratuais.

D. Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declaradas na DPS – Declaração pessoal de saúde.

E. Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada em nome da Operadora na elucidação do evento ou das respectivas despesas.

##### Cancelamento do plano de saúde

No caso de cancelamento do plano de saúde, por qualquer motivo, os cartões de identificação do Usuário Titular, bem como os de seus Dependentes, deverão ser imediatamente devolvidos à AIPESP, que os inutilizará.

As despesas decorrentes de utilização efetuada pelo Usuário Titular e/ou seus Dependentes, após o efetivo cancelamento do plano de saúde, serão de total responsabilidade dos Usuários, sob pena de configurar-se a indevida utilização, sujeita às penalidades contidas na legislação pertinente.

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela Operadora, serão repassados de forma integral ao Usuário Titular, podendo ser efetuado o débito na mesma conta corrente bancária indicada na proposta de adesão.

### **Recontratação do Plano de Saúde**

Havendo o cancelamento do benefício, os Usuários cancelados somente poderão postular nova adesão após a aceitação da AIPESP, quitação de eventuais débitos anteriores e cumprimento de novas carências, independentemente do período de permanência anterior no plano de saúde.

#### **ATENÇÃO**

Todas as informações constantes desse manual estão sujeitas a alterações por força de Lei, normas regulamentares expedidas pelos órgãos competentes e ainda por alteração contratual entre a AIPESP e a Contratada.