



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

SAÚDE

ANS 328537

SUMÁRIO

DEFINIÇÕES.....	2
NORMAS DE ATENDIMENTO E USO	4
QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	6
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA.....	6
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.....	6
ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO.....	6
PLANOS REGISTRADOS NA ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)	6
FORMAÇÃO DE PREÇO	6

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

1 - ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	7
2 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	7
3 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	9
4 - EXCLUSÕES DE COBERTURA	13
5 - DURAÇÃO DO CONTRATO	14
6 - PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	15
7 - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	16
8 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	18
9 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	20
10 - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADES.....	22
11 - REAJUSTE CONTRATUAL	23
12 - REAJUSTE DE FAIXAS ETÁRIAS	23
13 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	24
14 - RESCISÃO / SUSPENSÃO	25
15- DISPOSIÇÕES GERAIS.....	25
16 - ELEIÇÃO DE FORO	27
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO	29
PARTO NORMAL.....	33
RELAÇÃO DE EXAMES E PRAZOS DE CARÊNCIA	35



DEFINIÇÕES

PARA EFEITO DESTES CONTRATO CONSIDERA-SE:

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ACIDENTE PESSOAL: é evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento.

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

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

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

EMERGÊNCIAS: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração médico assistente.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

DOENÇA: é processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantias da assistência médico-hospitalar.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular . Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependente devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

CARÊNCIA: é o período corrido e ininterrupto , contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas prevista no contrato.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos , em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e ou sua função.

ORTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10a revisão.

CÁLCULO ATUARIAL: é o calculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a freqüência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

NORMAS DE ATENDIMENTO E USO

➤ **CONSULTAS ELETIVAS COM HORA MARCADA**

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

➤ **CONSULTAS DE URGÊNCIA**

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

➤ **EXAMES COMPLEMENTARES (FORA DE URGÊNCIA)**

Para usufruir deste benefício o associado deverá retirar guia de autorização diretamente nos escritórios da Med - Tour Saúde ou através do nosso endereço (www.medtoursaude.com.br) eletrônico que será respondido em até 48h. Para tanto o associado deverá apresentar a solicitação do médico assistente contendo: hipótese diagnóstica, nome do exame solicitado, tempo da doença e nome do paciente, além de comprovante de pagamento e carteirinha de identificação do convênio. O local da realização do procedimento ficará a critério da contratada. Exames de alta complexidade deverão passar por auditoria médica, que deverá ser agendada na operadora - ex: ressonância magnética, tomografia computadorizada entre outros.

➤ **CIRURGIAS PROGRAMADAS**

As cirurgias programadas deverão ser solicitadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, antes da data da realização da mesma, para usufruir deste benefício o associado deverá passar por auditoria médica, para retirada de guia de autorização de procedimento e verificação de cobertura, marcada antecipadamente por telefone em São Miguel ou Guarulhos, onde deverá levar no dia agendado a solicitação médica contendo: diagnóstico, nome do procedimento cirúrgico, tempo da doença e nome do paciente, além do comprovante de pagamento e carteirinha de identificação do convênio. O local para realização do procedimento ficará a critério da contratada.

➤ **INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COBERTAS E FORA DA CARÊNCIA**

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

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

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

➤ **REDE MÉDICA CREDENCIADA**

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

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado a Med-Tour Administradora de Benefícios e Empreendimentos Ltda., pessoa jurídica e de direito privado, inscrita no CNPJ nº 00.453.863/0001-14, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 32853-7 e classificada como Medicina de Grupo, com sede à Praça Alpha Centauro, nº 54 - Cj. 03 - Alphaville - São Paulo, denominada neste instrumento como CONTRATADA, e de outro lado o CONTRATANTE descrito na Proposta de Admissão.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Abrangência geográfica B - Grupo de Municípios:
- Município de Guarulhos e Município de São Paulo

Área de Atuação: Município de Guarulhos e Município de São Paulo

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.

ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Padrão de acomodação em internação conforme o plano contratado na Proposta de Admissão:

- Enfermaria.
- Apartamento

PLANOS REGISTRADOS NA ANS (AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)

O contratante optará por um dos planos abaixo:

PLANO ÔNIX PREMIUM 2 ESTRELAS
Registrado na ANS sob o nº 479.218/17-1

PLANO ÔNIX PREMIUM 5 ESTRELAS
Registrado na ANS sob o nº 479.219/17-0

FORMAÇÃO DE PREÇO

A formação de preço é pré-estabelecido - calculado antes das coberturas contratadas.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Planos de Saúde Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia Individual / Familiar

1- ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura de todas as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

1.1 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

2 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

São considerados como BENEFICIÁRIOS deste Contrato o Titular, e seus Dependentes, indicados na Proposta de Adesão anexa, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao titular, ou posteriormente à celebração do contrato.

2.1 - Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

I - o cônjuge;

II - o companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;

III - os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

IV - os tutelados e os menores sob guarda;

Parágrafo Primeiro: Devem ser respeitados os graus de parentesco previstos na legislação: até o 3º. Grau de parentesco consanguíneo e até o 2º. Grau de parentesco por afinidade.

Parágrafo Segundo: O ingresso do grupo familiar previsto acima dependerá da participação do Titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

2.2 - O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

I - A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;

II - A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência;

III - O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

2.3 - O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.

2.4 - O filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.

2.5 - Em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, inscrito em até 30 dias na forma dos itens 2.2 e 2.3, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora, diferenciam-se as seguintes hipóteses:

I - caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou

II - caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

2.6 - Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 dias a contar:

I - do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;

II - da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia; e

III - na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente do tipo de segmentação contratada.

2.7 - Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer argüição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

PARÁGRAFO ÚNICO - Os prazos de carência previstos acima, referem-se aos prazos máximos legais de carência dispostos no inciso V, do art.12 da Lei 9.656, de 1998.

2.8 - Cada título receberá um livro da Rede Médica Credenciada, e cada titular e dependente receberá uma Carteira de Identificação, com a qual, juntamente com o Documento de Identidade, formalizará o atendimento na Rede Credenciada.

3 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carências, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o Beneficiário terá cobertura para as despesas ambulatoriais e hospitalares com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e de todas as especialidades reconhecidas pelo CFM.

3.1 - A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

3.2 - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998.

COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

3.3 - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

3.4 - Procedimentos de fisioterapia listados no rol em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

3.5 - Consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas para atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM.

3.6 - Consultas e sessões com Nutricionista, Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

3.7 - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

3.8 - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Hemoterapia Ambulatorial;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica Ambulatorial, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.
- Cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e coadjuvantes.

3.9 - Medicamentos registrados / regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a seguimentação ambulatoriais.

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DE REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao Beneficiário serão asseguradas as coberturas com despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens.

3.10 - Internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva ou similar a critério do médico assistente, bem como acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

3.11 - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

3.12 - Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados (nacionais ou nacionalizados).



3.13 - Despesas de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, excetuado os casos de CTI ou similar.

3.14 - Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, realizados durante o período de internação hospitalar, conforme prescrição do médico assistente.

3.15 - Fornecimentos de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 14, VIII, "b", da RN 167/08;
- Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Embolizações, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de fisioterapia.

3.17 - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

3.18 - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento,

3.19 - Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.20 - Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

3.21 - Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo quando couber: as despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação; acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS,

Parágrafo Primeiro: Os candidatos a transplantes de órgãos, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplante- SNT, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção.

Parágrafo Segundo: A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

3.22 - Remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica previstos no contrato.

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

3.23 - O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de vigência de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

3.24 - O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, a cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos de correntes de transtornos psiquiátricos, serão incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

3.26 - Cobertura de 08 (oito) semanas por ano de contrato de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a cobertura para 180 (cento e oitenta) dias por ano de contrato para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde - CID -10.

Parágrafo Único: Nos casos em que o período de internação exceder os prazos definidos acima, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devido pelos beneficiários o custeio das internações mediante a co-participação de 50 % (cinquenta por cento), onde esta co-participação não poderá caracterizar o financiamento integral da internação.

COBERTURAS OBSTÉTRICAS EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

3.27 - Procedimentos relativos ao pré-natal listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e à assistência ao parto e puerpério, obedecendo as carências contratuais.

3.28 - Cobertura de 1 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

3.29 - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho (a) natural ou adotivo (a), do titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que cumprida as carências contratuais para o Parto.

4 - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à época do evento, estão **EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos provenientes de:

4.1 - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

4.2 - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

4.3 - Tratamento de Inseminação artificial, tratamentos cirúrgicos e exames laboratoriais para impotência sexual e cirurgias para mudança de sexo.

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

4.5 - Fornecimento de medicamentos, vacinas e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA.

4.6 - Atendimento domiciliar, mesmo que de urgência / emergência incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar.

4.7 - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

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

4.9 - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

4.10 - Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

4.11 - Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

4.12 - Transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos listados no rol.

4.13 - Aparelhos estéticos de substituição ou complementares de função, tais como:
- Aparelho para surdez;
- Aparelhos ortopédicos.

4.14 - Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) em casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e grau não estável há pelo menos 01 (um) ano e cumprindo os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à época do evento.

4.15 - Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4.16 - Despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Livreto oferecido pela Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência e dentro dos limites contratuais estabelecidos.

4.17 - Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais, que necessitem de internação hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

5 - DURAÇÃO DO CONTRATO

Este contrato terá a vigência inicial de 01 ,(um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da Proposta de Adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

5.1 - Após esse prazo, a renovação do contrato será automática e por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

Parágrafo Único: Esteja ciente que a Proposta de Admissão tem um prazo de 48 horas da data de assinatura, para chegada a sede da Med-Tour Saúde.

6 - PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da assinatura da proposta de adesão por parte do usuário:

6.1 - Atendimento de urgência/emergência - 24 horas (limitadas as 12 primeiras horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, exceto para acidente pessoal).

6.2 - Consultas - 30 dias.

6.3 - Exames simples (RX e Laboratoriais de rotina) - 30 dias.

6.4 - Exames Especializados e Procedimentos Ambulatoriais - 120 dias.

6.5 - Internações e demais casos clínicos e/ou Cirúrgicos em fase aguda, Exames Otoneurológicos, Ecocardiografias, Teste Ergométrico, Teste de Holter, Exames de Medicina Nuclear, Endoscopias, Litotripsias, Eletromiografias, Eletroneuromiografias, Densitometria Óssea, Tomografias Computadorizadas, Cateterismo Cardíaco, Ressonâncias Magnéticas, Quimioterapias, Radioterapias, Estudo Urodinâmico, Angiografias, Exames Laboratoriais Imunológicos, Testes Alérgicos, Exames Laboratoriais Hormonais, Teste de Função Pulmonar, Fluoresceinografia, Cineangiocoronariografia, Potencial Auditivo Sensorial, Exames relacionados com a Gestação, Sessões de Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional -180 dias

6.6 - Partos a Termo (a partir da 38ª semana de gravidez) e conseqüências relacionadas a gravidez - 300 dias.

6.7 - Cobertura Parcial Temporária (suspensão de Internações, Cirurgias, Procedimentos e Exames relacionados a Doenç as e Lesões Preexistentes) - 24 meses.

Parágrafo Primeiro: As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da Proposta de Adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

7 - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

7.1 - O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, o conhecimento da existência de doenças e lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato por meio da Declaração de Saúde, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.2 - Para informar a existência de Doenças e Lesões Preexistentes, o Beneficiário preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico pertencente à lista de profissionais da Rede de Prestadores Credenciados ou Referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário, para orientá-lo quanto ao seu preenchimento e esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

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

7.4 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

7.5 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.6 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do Agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.



MED-TOUR®

*Eficiência e
Competência!*

S A Ú D E

ANS 328537

7.7 - Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.8 - Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

7.9 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

7.10 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site: www.ans.gov.br.

7.11 - É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.12 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.13 - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

7.14 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.15 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.16 - A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.17 - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.18 - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.19 - Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7.20 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

8 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 - Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

8.2 - Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.3 - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia ou Procedimentos de Alta Complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes.

8.4 - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO:

8.6 - A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

DA REMOÇÃO PARA O SUS:

8.7 - À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

8.8 - Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

8.9 - A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

8.10 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO:

8.11 - Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

8.12 - O Beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- Notas Fiscais e Recibos de Honorários Médicos, Anestesiastas, Auxiliares, Assistentes e Outros.
- Relatório Médico discriminando o diagnóstico e o tratamento efetuado.
- Conta Hospitalar com a relação de materiais e medicamentos utilizados.
- Laudos dos exames efetuados.

8.13 - O reembolso de que se trata esse item está limitado a:

- 100% (cem por cento) de uma vez a Tabela A.M.B. 90 (Associação Médica Brasileira) para Honorários Médicos;
- 100% (cem por cento) de uma vez a Tabela AHESP (Associação dos Hospitais de São Paulo) para Taxas e Diárias Hospitalares;
- Tabela Brasíndice vigente à época do evento para os medicamentos e materiais utilizados.

8.14 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser superior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

9 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

9.1 - Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário fornecido e expedido pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhado de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

9.2 - O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, arcando com as despesas da confecção de outra via.

9.3 - Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO JUNTO À REDE CREDENCIADA DE PRESTADORES:

9.4 - Consultas eletivas com hora marcada: o beneficiário deverá marcar antecipadamente a consulta com o médico de sua escolha, constante do livreto da Rede Médica Credenciada, devidamente especificado por especialidade e comparecer munido da carteirinha de identificação do convênio, carnê de pagamento e documento de identidade.

9.5 - Consultas de urgência: para usufruir deste benefício o beneficiário deverá comparecer diretamente ao local de sua escolha, constante do livreto da Rede Médica Credenciada, devidamente indicados para Urgência, munido da carteirinha de identificação do convênio, carnê de pagamento e documento de identidade.



9.6 - Exames complementares (fora da urgência): para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PREVIA através de GUIA, onde o beneficiário deverá retirá-la nos escritórios da CONTRATADA, ou solicitar via fax ou via e-mail. Para tanto o beneficiário deverá apresentar a solicitação do médico assistente, carteirinha de identificação do convênio além de comprovante de pagamento (o local para a realização do procedimento ficará a critério da CONTRATADA) e o profissional avaliador emitirá resposta no prazo de 48 horas a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

9.7 - Cirurgias programadas: deverão ser solicitadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias antes da data da realização da mesma, onde será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, onde o beneficiário deverá agendar uma auditoria médica (marcada antecipadamente por telefone ou pessoalmente), para verificação de cobertura, devendo apresentar a solicitação do médico assistente contendo: nome do paciente, diagnóstico, nome do procedimento cirúrgico; além de comprovante de pagamento e carteirinha de identificação do convênio. (O local para realização do procedimento ficará a critério da CONTRATADA).

9.8 - Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo os dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

9.9 - É garantido ainda, nos casos de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

9.10 - Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à Rede Credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA:

9.11 - Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

9.12 - A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

9.13 - A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

10 - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

10.1 - A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

10.2 - Caso o Beneficiário não receba o instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

10.3 - O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.4 - Os pagamentos serão feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data de assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

10.5 - O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

10.6 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, correção monetária pela variação do IGPM - PRÓ - RATA, além de multa de 2% (dois por cento) aplicados sobre cada parcela pendente.

10.7 - O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

11 - REAJUSTE CONTRATUAL

11.1 - Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do presente Contrato e obedecerá o índice máximo autorizado pela ANS.

11.2 - O índice de reajuste máximo a ser autorizado pela ANS serão publicados no Diário Oficial da União e na página da ANS na Internet, após aprovação da Diretoria Colegiada da ANS.

11.3 - Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-à conforme regras vigentes à época.

11.4 - Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

11.5 - Caso a nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

11.5.1 - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S/Sm) - 1$$

Onde:

S - Sinistralidade apurada no período.

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

11.7 - Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

12 - REAJUSTE DE FAIXAS ETÁRIAS

Em havendo alteração de faixa etária do titular e/ou dependentes inscritos no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao mês do aniversário, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º., incisos I e II da RN 63/03:

12.1 - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

12.3 - A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

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

FAIXAS ETÁRIAS		(%) aumento	OBSERVAÇÕES
DE	PARA		
00 A 18 ANOS	19 A 23 ANOS	0,00%	COBRADO NO MÊS QUE COMPLETAR 19 ANOS.
19 A 23 ANOS	24 A 28 ANOS	24,72%	COBRADO NO MÊS QUE COMPLETAR 24 ANOS.
24 A 28 ANOS	29 A 33 ANOS	8,99%	COBRADO NO MÊS QUE COMPLETAR 29 ANOS.
29 A 33 ANOS	34 A 38 ANOS	5,52%	COBRADO NO MÊS QUE COMPLETAR 34 ANOS.
34 A 38 ANOS	39 A 43 ANOS	6,50%	COBRADO NO MÊS QUE COMPLETAR 39 ANOS.
39 A 43 ANOS	44 A 48 ANOS	13,85%	COBRADO NO MÊS QUE COMPLETAR 44 ANOS.
44 A 48 ANOS	49 A 53 ANOS	42,11%	COBRADO NO MÊS QUE COMPLETAR 49 ANOS.
49 A 53 ANOS	54 A 58 ANOS	33,39%	COBRADO NO MÊS QUE COMPLETAR 54 ANOS.
54 A 58 ANOS	59 ANOS OU +	39,60%	COBRADO NO MÊS QUE COMPLETAR 59 ANOS.
59 ANOS OU +		30,35%	

13 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 - O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:

I - pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;

II - a pedido do beneficiário titular;

III - infrações ou fraudes praticadas pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

13.2 - O não-pagamento da mensalidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos dozes meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado no 50º. (quinquagésimo) dia de inadimplência.

13.3 - A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.



Parágrafo Único: O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

14 - RESCISÃO / SUSPENSÃO

14.1 - A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

Parágrafo Único: O CONTRATANTE compromete-se a comunicar qualquer mudança de endereço ou alteração de seus dados cadastrais e de seus beneficiários inscritos, sob pena de rescisão contratual.

14.2 - O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

14.3 - Independentemente das conseqüências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o Beneficiário e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

14.4 - A utilização indevida de documentação ou cartão do BENEFICIÁRIO também acarreta o cancelamento do Contrato, sendo que neste caso todas as despesas decorrentes serão de total responsabilidade do Beneficiário, além de penalidades cabíveis do código penal;

14.5 - O CONTRATANTE terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente Contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o CONTRATANTE pagará multa de 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 meses.

15 - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Após assinatura da Proposta de Admissão, preenchimento da Declaração de Saúde e pagamento da primeira mensalidade, Vsra. Receberá todas as carteirinhas de identificação e livretos da Rede Médica credenciada.

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Livreto da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

O (A) CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA,

O (A) CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 3,00 cada beneficiário, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

É obrigação do (a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

16 - ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE, para os casos de litígios ou pendências judiciais, para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

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

ANS 328537



MED-TOUR[®]

*Eficiência e
Competência!*

SAÚDE



CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

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

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

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

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


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

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

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

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

Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

 _____, ____/____/____
 Local Data

 _____, ____/____/____
 Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

**MED-TOUR®***Eficiência e
Competência!*

SAÚDE

ANS 328537

PLANO AMBULATORIAL - HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Lei nº 9656/98 03/06/98

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

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

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

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

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

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

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

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

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

Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____



PARTO NORMAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rio de Janeiro, 5 de dezembro de 2007

