Nº AUXILIAR: 0293524

Unimed Belo Horizonte

DS MMDA

DS IFG

02/2018

MÓDULO OPCIONAL – TRANSPORTE AEROMÉDICO
COLETIVO

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, sociedade cooperativa localizada nesta capital, com filial na Rua dos Inconfidentes, 44 - Bairro Funcionários, Belo Horizonte, inscrita no CNPJ sob o nº 16.513.178/0001-76;

ASSOCIACAO DOS ECONOMIARIOS APONSENTADOS DE MINAS GERAIS

Encetam o presente enlace negocial, que será regido pela probidade, da boa fé, pelos demais princípios trazidos pela legislação nacional e pelas cláusulas abaixo dispostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

1.1 -Os serviços ora pactuados serão prestados pela empresa **UNIMED TRANSPORTE AEROMÉDICA MG LTDA**, situada à Rua Boaventura, 2312, Aeroporto da Pampulha, Belo Horizonte (MG), CEP 31270-310, telefone (31) 3443-2009, fax (31) 3441-2457.

1.2 – Aos beneficiários regularmente inscritos, após cumprimento de eventual período de carência, serão prestados os serviços de transporte aeromédico intermunicipal ou interestadual de urgência, inter-hospitalar, exclusivamente por indicação médica e em território nacional, se atendidas estritamente às condições abaixo descritas:

1.2.1 - Os presentes serviços serão disponibilizados 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, devendo ser acionado em conformidade com o que dispõe esse contrato.

1.2.2 - Este serviço somente será prestado se requisitado para ser levado a efeito entre hospitais, e desde que intermunicipal ou interestadual atendendo, cumulativamente, os requisitos elencados nos subitens abaixo:

1.2.2.1- Necessidade de Recursos Complementares:
a) Desde que os hospitais da cidade onde se encontra o beneficiário/paciente não detenham condições de ministrar o tratamento solicitado; e
b) Sempre por solicitação e determinação exclusiva do médico responsável pelo beneficiário/assistente responsável pelo caso; e
c) Para o hospital mais próximo e que detenha as condições de prestar o tratamento solicitado às necessidades do beneficiário/paciente; e
d) Para leito em UTI/CTI; e
e) Somente quando a distância entre o hospital em que se encontra o beneficiário/ paciente e aquele para qual a solicitação de remoção foi requerida seja, impreterivelmente, superior a 50 km (cinquenta quilômetros) terrestres.

1.2.2.2 - Repatriamento:
a) Após o tratamento inicial, quando o quadro clínico permitir; e
b) Sob restrita indicação médica, havendo absoluta imposição técnica para o transporte em ambulância UTI; e
c) Sendo a distância entre o hospital em que se encontra o beneficiário/ paciente e aquele para qual a solicitação de remoção foi requerida, seja, impreterivelmente, superior a 50 km (cinqüenta quilômetros) terrestres; e
d) Para leito em UTI/CTI.

1.3 – A utilização dos serviços contratados está condicionada a solicitação feita diretamente à **CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HRS DA UNIMED AEROMÉDICA** - Telefone **0800 9412 412** – exclusivamente pelo médico assistente do beneficiário paciente.

1.4 – A definição do meio de transporte e do tipo de aeronave é feito pelo médico regulador da **UNIMED AEROMÉDICA**, que analisará todos os dados clínicos repassados pelo médico responsável pelo beneficiário, sendo que nenhuma responsabilidade poderá ser atribuída a **UNIMED-BH** quanto a esse processo.

1.5 – A vaga hospitalar de destino deve ser providenciada pelo médico responsável pelo beneficiário ou por seus responsáveis e todas as informações devem ser repassadas ao médico auditor da **UNIMED AEROMÉDICA**, para os procedimentos preparatórios do transporte e de confirmação da vaga. Todos os procedimentos para a internação devem ser providenciados pelos responsáveis pelo beneficiário (entrega de guias e demais exigências do Hospital de destino).

1.5.1 – O presente transporte somente será executado se providenciada, pelos responsáveis pelo beneficiário, a vaga de destino, sempre em conformidade com as disposições deste contrato, não sendo tal obrigação da **UNIMED-BH**.

1.6 - O médico responsável pelo beneficiário está obrigado a informar ao médico regulador da **UNIMED AEROMÉDICA** sobre o quadro clínico do beneficiário e se este se enquadra nas hipóteses de possibilidade de transporte trazidas pelo presente contrato. Esses dados clínicos são imprescindíveis para a atuação da **UNIMED AEROMÉDICA,** essencial para a decisão sobre a transportabilidade do beneficiário e a prioridade, considerando que o transporte aeromédico possui um risco

intrínseco.

1.6.1 – Observando o risco mencionado acima a vaga hospitalar deverá ser providenciada em Hospital que esteja o mais próximo possível de onde está o beneficiário e isso sempre será reforçado pela **UNIMED AEROMÉDICA** durante as tratativas com o responsável pelo beneficiário.

1.6.2 - A omissão de dados clínicos ou o fornecimento de dados que não condizem com a real condição do beneficiário poderão acarretar a informação aos Conselhos profissionais competentes, pela **UNIMED AEROMÉDICA** e pela **UNIMED-BH**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS CASOS ONDE NÃO HAVERÁ TRANSPORTE:

2.1 – O transporte não será realizado nos casos em que não se enquadrem nos requisitos transcritos no objeto e, ainda:

a) Caso o beneficiário apresente estado de coma irreversível, haja vista a impossibilidade de cura;
b) Caso o beneficiário apresente quadro sem possibilidades terapêuticas – fase terminal –, haja vista a impossibilidade de cura;
c) Caso o beneficiário apresente qualquer sintoma ou indício de embriaguez, tendo em vista a exposição potencial dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, bem como de danos que por ventura possam ser causados à aeronave;
d) Caso o beneficiário qualquer sintoma ou indício de uso de drogas ilícitas, tendo em vista a exposição potencial dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, bem como de danos que por ventura possam ser causados à ambulância;
e) Caso o beneficiário apresente quadro de distúrbio psiquiátrico/surto psicótico, tendo em vista a exposição potencial dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, bem como de danos que por ventura possam ser causados à aeronave;
f) Caso as condições clínicas/cirúrgicas do beneficiário divirjam das informações anteriormente prestadas pelo médico responsável pelo beneficiário quando da solicitação de transporte e contatos posteriores;
g) Caso o beneficiário por quaisquer outras circunstâncias, não apresenta condição clínica para se submeter ao transporte;
h) Caso haja plenas condições para o tratamento do beneficiário na localidade onde ele se encontra;
i) Caso o transporte vise a realização de hemodiálise de rotina periódica programada ou exames complementares ao diagnóstico;
j) Caso não exista Aeródromo Homologado ou Registrado e faltem condições seguras de vôo, ausências essas que coloquem a tripulação e o paciente em risco de vida.

2.1.1 – A avaliação das circunstâncias acima é da UNIMED AEROMÉDICA, nada cabendo à UNIMED-BH, não podendo ser imputado a ela qualquer ônus decorrente da negativa de transporte.

2.2 – Não haverá transporte caso os serviços estejam suspensos pelo não pagamento ou atraso no pagamento das mensalidades ou ainda no caso do cumprimento de carência.

CLÁUSULA TERCEIRA – HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA E REDE CREDENCIADA/REFERENCIADA

3.1 – O destino do transporte, seja em caso de Necessidade de Recursos Complementares ou de Repatriamento, não poderá ser os denominados Hospitais de Tabela Própria ou Alto Custo, listados no Anexo I do presente contrato, exceto se o **CONTRATANTE** o requerer às suas expensas e risco, isentando-se a **UNIMED-BH** de responsabilidade quanto aos ônus do transporte e do atendimento.

3.1.1 – Acordado com a **UNIMED AEROMÉDICA** o transporte em caráter particular, escapará à aplicação do presente contrato a relação constituída entre as Partes, eximindo-se a **UNIMED-BH** de responsabilidade quanto ao acordado.

3.2 – Em virtude de o presente contrato ser agregado ao contrato de Plano de Saúde firmado pelas Partes, a ele se ligando para todos os efeitos de direito, o transporte de que trata o presente instrumento somente será admitido para Hospitais credenciados ou referenciados da **UNIMED-BH**, nos quais haja cobertura para o plano de saúde do paciente.

3.2.1 – Se a família do beneficiário e o médico responsável pelo paciente requisitarem transporte para Hospital onde não haja cobertura do plano de saúde do beneficiário, assumirá os ônus financeiros do transporte e dos custos do Hospital, nada podendo ser cobrado da **UNIMED-BH** neste sentido.

3.2.2 – A **UNIMED-BH** se utilizará de todos os meios de prova admitidos em Direito para eximir-se dessa responsabilidade, contratualmente ajustada e de pleno conhecimento do **CONTRATANTE** e do beneficiário.

CLÁUSULA QUARTA – DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

4.1. O **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos e seus respectivos dados

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG / 4002-3030 / Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

cadastrais, nos padrões de arquivo e/ou formulários definidos pela **UNIMED-BH**, bem como o comprovante de vinculação do beneficiário titular com o **CONTRATANTE**.

4.2. O **CONTRATANTE** informará na Proposta de Admissão a relação dos beneficiários a serem inscritos e seus respectivos dados cadastrais, conforme previsto na legislação vigente e nos padrões de arquivo e/ou formulários definidos pela **UNIMED-BH,** responsabilizando-se pela veracidade das informações, para todos os fins de direito.

4.2.1. As exclusões serão processadas conforme previsto na legislação vigente e nos padrões de arquivo e/ou formulários definidos pela **UNIMED-BH,** responsabilizando-se o **CONTRATANTE** pela veracidade das informações, para todos os fins de direito.

4.2.3. O **CONTRATANTE** manterá seu cadastro atualizado e será o único responsável pelas informações nele contidas, responsabilizando-se, ainda, pelas conseqüências advindas da não informação em tempo hábil, ou informação inexata, para disponibilização ou cancelamento dos serviços pactuados. Atenderá, ainda, às solicitações, por parte da **UNIMED-BH**, de documentação, que deverá ser entregue no prazo de 72 (setenta e duas) horas da data da solicitação.

4.3. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o beneficiário titular do **CONTRATANTE**, bem como seus respectivos dependentes, que, na data da sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Essa restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias dessa alta.

4.4. O beneficiário que deixar de atender às condições exigidas para sua manutenção será excluído imediatamente do contrato e, além disso, será excluído nas seguintes situações:

a) o **CONTRATANTE** solicitar, por escrito ou por meio eletrônico específico (MEE), a exclusão;
b) o beneficiário dependente será excluído quando perder o vínculo de dependência com o beneficiário titular;
c) houver prática de ato ilícito ou fraude contra o plano;
d) vier a falecer, após a comunicação do fato à **UNIMED-BH** pelo **CONTRATANTE**;

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

5.1 – Atuar diligentemente e manter a movimentação cadastral de beneficiários vinculados ao contrato regular e condizente com a realidade;

5.2 – Informar aos beneficiários todas as particularidades do presente contrato, fornecendo cópia do presente instrumento;

5.3 – Informar aos beneficiários sobre cumprimento ou não de carência e sobre a ausência de cobertura em hospitais ditos de tabela própria ou de alto custo, relacionados no Anexo I do presente;

5.4 – Cumprir as obrigações financeiras que lhe cabem com pontualidade, probidade e boa fé;

5.5 – Ser diligente quando da negociação dos preços aplicados ao presente contrato, esforçando-se para que as Partes alcancem um Justo Termo até a data de aniversário do contrato;

5.6 – Responder às notificações remetidas pela **UNIMED-BH** sempre no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis contados de seu recebimento;

CLÁUSULA SEXTA - DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1 - O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **UNIMED-BH** o valor da mensalidade correspondente a cada faixa etária dos beneficiários, titulares e/ou dependentes, constantes na Proposta de Admissão a que se vincula o presente, valores estes que serão incluídos nas faturas emitidas no bojo do contrato de assistência à saúde numerado no preâmbulo do presente.

6.2 - Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subseqüente.

6.2.1 - A movimentação de um período, inclusão e exclusão de beneficiários, serão processadas no faturamento do mês subseqüente, através do lançamento de débito pela inclusão e crédito pela exclusão.

6.3 **-** Se o **CONTRATANTE** não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na **UNIMED-BH** para que não se sujeite as conseqüências da mora.

6.4 **-** Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros mensais e atualização monetária calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa mensal incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG / 4002-3030 / Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

judiciais e extrajudiciais.

6.5 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, facultará a UNIMED-BH a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior, e sem prejuízo do direito da UNIMED-BH denunciar o contrato.

6.6 - A suspensão dos serviços por falta de cumprimento de suas obrigações contratuais ou ainda, pelo cumprimento de carência contratualmente ajustada impedirá a execução do transporte ora contratado.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

7.1 - Será aplicado a este contrato o mesmo índice de reajuste obtido do regramento disposto no contrato de assistência médica/hospitalar a que este se vincula.

CLÁUSULA OITAVA– DA CARÊNCIA

8.1 – Para a aquisição do direito ao transporte aeromédico será exigido o cumprimento de uma carência de 60 (sessenta) dias corridos, contados a partir da inclusão do beneficiário neste opcional.

8.2 – Caso não haja aplicação de carência, tal fato estará explicitado na Proposta de Admissão a qual se relaciona o presente contrato.

CLÁUSULA NONA - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

9.1. Este contrato vigerá pelo prazo de 12 (doze) meses, contados estes da data determinada como de início de vigência, na Proposta de Admissão.

9.2. Este contrato pode ser livremente rescindido pelas Partes, de comum acordo (distrato) ou por iniciativa unilateral, neste caso desde que dado aviso prévio de 30 (trinta) dias para a outra Parte.

9.3. O presente contrato será **imediatamente** rescindido nas seguintes hipóteses:

9.3.1. Atraso no pagamento da mensalidade, pela **CONTRATANTE**, por prazo superior a 45 (quarenta e cinco) dias;

9.3.2. Ato doloso ou culposo do **CONTRATANTE** ou de beneficiário vinculado ao presente contrato;

9.3.4. No caso de extinção – por qualquer motivo – do contrato de prestação de serviços de assistência à saúde médicos e hospitalares, firmado entre o **CONTRATANTE** e a **UNIMED-BH**;

9.3.5. Pelo distrato, acordo bilateral, para extinção do presente pacto negocial;

9.3.6. Em caso de falecimento do beneficiário titular.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 - Na área de atuação da **UNIMED - BH**, esta será responsável pela disponibilização de transporte terrestre do Hospital até o local onde se encontra a aeronave e vice e versa. Nas demais localidades, este transporte será de responsabilidade da **UNIMED AEROMÉDICA**.

10.2 – A responsabilidade pelo transporte, pelo equipamento utilizado neste serviço, pela equipe médica e tripulação e todos os atos praticados por estes, é da **UNIMED AEROMÉDICA**, não tendo a **UNIMED-BH** ingerência sobre eles.

10.3 – A ocorrência de óbito, durante o transporte, determinará a obrigação da **UNIMED AEROMÉDICA** de transporte até o IML do local de destino e de emissão de todos os documentos que lhe cabem emitir. Após as devidas comunicações, os responsáveis pelo beneficiário deverão assumir a condução de liberação, transporte, funeral etc.

10.3.1 – Nenhuma obrigação pode ser imputada à **UNIMED-BH** na situação acima exposta.

10.4 – A **UNIMED-BH** também não é responsável por qualquer agravamento, comprometimento do quadro clínico, seqüelas, lesões e óbito de beneficiários/ pacientes cuja solicitação de transporte médico aéreo e/ ou terrestre de urgência se fez tardiamente ou sem observância das condições estabelecidas no presente contrato, bem como cujo diagnóstico e/ou tratamento ministrado pelo médico responsável pelo beneficiário /paciente se fez de forma inadequada.

10.5 - A **UNIMED-BH** também não é responsável por qualquer agravamento de quadro clínico e eventuais conseqüências deste em virtude das informações fornecidas à CENTRAL DE ATENDIMENTO 24h da **UNIMED AEROMÉDICA** terem sido prestadas de forma equivocada, imprecisa, tendenciosa, pouco clara e/ou com a omissão de fatos e dados relevantes ao estado clínico do(s) beneficiário(s)/ paciente(s).

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG / 4002-3030 / Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

Unimed Belo Horizonte

10.6 - Fica a **UNIMED AEROMÉDICA**, em situações críticas e especiais decorrentes de piora clínica do beneficiário/ paciente, autorizada a deslocar o mesmo para o local que melhor atenda às suas necessidades.

10.7 – Fica a **UNIMED AEROMÉDICA** autorizada, nos casos de deterioração das condições de aeronavegabilidade e/ou atmosféricas, defeito da ambulância e/ou toda e qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, a realizar o deslocamento do beneficiário/ paciente para local que melhor atenda às suas necessidades e onde as condições do transporte sejam seguras.

10.8 - Este módulo opcional é um adicional ao contrato de prestação de serviços, celebrado entre o **CONTRATANTE** e a **UNIMED BH**. Assim aquele se aplica complementarmente ao presente contrato, especialmente as disposições sobre rede credenciada e vínculo com o **CONTRATANTE**.

10.8.1 – Havendo incompatibilidade entre cláusulas deste contrato e do que lhe é complementar, este prevalecerá, para todos os efeitos legais.

10.9 - As partes elegem o foro da Comarca de Belo Horizonte, do Estado de Minas Gerais, como o único competente para dirimir todas as dúvidas e conhecer quaisquer questões porventura decorrentes do presente contrato, e seu fiel e cabal cumprimento, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais especial ou privilegiado que seja ou possa se apresentar.

Em sinal de acordo a seus termos, os contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.

Belo Horizonte, 30 de março de 2021.

DocuSigned by:
Maria das Mercês Quintão Fróes
AF58872118CA4F5...

DocuSigned by:
Eudes Arantes Magalhães
6F600E1723D14F2...

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

DocuSigned by:
Mauricio Marques de Aguiar
62B3B4586F5F47B...

DocuSigned by:
Itamar Ferreira Gomes
65D1591BE900409...

ASSOCIACAO DOS ECONOMIARIOS APONSENTADOS DE MINAS GERAIS

TESTEMUNHAS:

DocuSigned by:
IVAN CASSIO BASTOS MAGNAVITA
793CD15017AB485...
Nome:
CPF: 58590340678

DocuSigned by:
Meyrielle Mouro Lopes
38FC27F7049B40E...
Nome:
CPF: 039907546-10

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG / 4002-3030 / Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br