|  |
| --- |
| **TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO AEROMÉDICA** |

|  |  |
| --- | --- |
| Eu, |  |

# Por este instrumento particula, formalizo minha adesão e/ou dos meus dependentes ao contrato de serviço Aeromédica da Unimed Sobral - Sociedade Cooperativa Médica LTDA, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sob o nº 07.649.106/0001-60 registrada na ANS sob o nº 30.317-8 situada na Avenida Dom José Tupinambá da Frota, 1951 – Centro, em Sobral-CE.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Descrição do serviço | Valor por Beneficiário | |
| 1 | Aeromédica | R$: | 6,00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| As condições de atendimento dos serviços estão detalhadas no verso deste termo de adesão. | | |
| Tempo de Carência para o Serviço |  | Aeromédica. |

|  |
| --- |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO PARA ADESÃO AEROMEDICA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO(A) TITULAR** | | | |
| **Nome completo:** |  | **CPF:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)** | | | |
| **Nome completo:** |  | **CPF:** |  |
| **Nome completo:** |  | **CPF** |  |
| **Nome completo:** |  | **CPF** |  |
| **Nome completo:** |  | **CPF** |  |
| **Nome completo:** |  | **CPF** |  |
| **Nome completo:** |  | **CPF** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PREENCHER EM CASO DE PROMOÇÃO DE VENDASDescrição do serviçoValor por Beneficiário | | | | | | | |
| Promoção: |  | | | | | |  |
| Período da promoção: de | |  | a |  |  |  | |
| \*Após o período promocional o valor referente ao(s) serviço(s) escolhido(s) será cobrado juntamente com sua fatura Unimed Sobral. | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
|  | **Assinatura do(a) Titular e/ou Responsável** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **Local e Data** |  |



# Condições de Cobertura Para o Serviço Contratado

A Unimed Sobral disponibiliza, mediante adesão e pagamento mensal, o serviço Aeromédica que oferece remoção Aeromédica em caso de necessidade de transferência entre hospitais, por recomendação médica. A remoção ocorrerá sempre para uma cidade com condições técnicas de maior complexidade. Os serviços ora contratados poderão ser realizados nos casos de transferência de um hospital para outro que atenda o plano no qual o usuário esteja inscrito, dentro do território nacional. Tais remoções, obrigatoriamente, deverão ser solicitadas mediante encaminhamento e parecer do médico assistente responsável pelo paciente, juntamente com a equipe do translado, que justificarão a necessidade do transporte aeromédico.

# Encurtando Distância

A Unimed Aeromédica é especializada em transporte médico de urgência, tanto em terra quanto no ar. Quando identificada a necessidade de transporte inter-hospitalar\* do paciente, a Unimed Aeromédica está à disposição para vencer a distancia com eficácia e profissionalismo.

# Transferência de Urgência

Acontece quando o local em que o paciente se encontra não possui os melhores recursos para o tratamento e ele necessita ser transferido para o hospital mais próximo, que ofereça os recursos adequados. Para isso, é necessário que o quadro clinico permita o transporte/remoção e que seja indicada a remoção em estrutura UTI aérea/terrestre.

# Transporte Neonatal

Confie na experiência de quem sabe o que é conduzir uma vida. A equipe médica da Unimed Aeromédica é treinada para realizar o transporte de recém-nascido com segurança. As aeronaves e ambulâncias são equipadas com aparelhos modernos para realização desse tipo de serviço, incluindo incubadoras, que mantem a temperatura do bebê estável durante todo o trajeto, o que é de fundamental importância para que o procedimento seja realizado com sucesso. O acompanhamento é feito por um neonatologista preparado(a) para atuar nesse tipo de transporte. Para que se justifique a requisição dos serviços objeto desse contrato é necessário que o usuário apresente pelo menos uma das condições: Aneurisma abdominal roto; aneurisma torácico roto; Aneurisma cerebral roto; Bloqueio atrioventricular; Choque cardiogênico; Acidente vascular cerebral hemorrágico; Acidente vascular cerebral isquêmico; Aneurisma cerebral; Traumatismo crânio-encefálico; Traumatismo da coluna vertebral; Hemorragia intracerebral; Embolia pulmonar; pneumotórax; insuficiência respiratória aguda; hemorragia gastrintestinal (úlcera gástrica associada a hemorragia); obstrução intestinal; varizes esofagianas sangrantes; pancreatite aguda; septicemia aguda; traumatismo de tórax; traumatismo de abdômen; fratura de colo de fêmur; politraumatismo; insuficiência aguda; coma diabético; arritmia cardíaca grave (fibrilação atrial/ventricular), infarto agudo do miocárdio; pericardite aguda; endocardite aguda; edema agudo de pulmão e grandes queimados; tudo conforme o parecer do médico cooperado assistente do usuário. Quando da realização do transporte aeromédico, este compreenderá, também, o transporte em UTI móvel terrestre, a ser realizado pela CONTRADA, entre a aeronave e o hospital de internação. Os deslocamentos aéreos somente serão prestados desde que possíveis, em vista das condições meteorológicas e aeroportuárias. No caso de impossibilidade da realização do vôo, em virtude dessas condições adversas, o transporte deixara de ser feito, sendo reavaliado quando as condições acimas descritas permitirem.

# Obs. O serviço Aeromédica NÃO contempla atendimento domiciliar para urgência ou emergência e/ou remoção entre residência e o atendimento hospitalar/ambulatorial.

# Atenção: Ao iniciar o contato com a Central de Atendimento forneça todos os seus dados e responda com clareza e precisão as perguntas que o médico vai lhe fazer. Procure manter-se calmo e falar pausadamente as orientações recebidas para manutenção e promoção de sua saúde.

A cobertura assistencial para o serviço de atendimento pré-hospitalar passará a vigorar conforme a data base de inclusão do beneficiário no contrato, com a cobrança das mensalidades juntamente com a fatura do plano de saúde. **O valor do(s) serviço(s) será reajustado anualmente no mesmo percentual de reajuste do plano de saúde contratado.**

|  |
| --- |
| Obs: este formulário deverá ser entregue no setor de cadastro e atendimento da Unimed Sobral Tel.: (88) 3677.3035 – SAC: 0800 280 **3543** |